Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction: Karlstrasse 8. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 6.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger. Dr. H. Ranke. Dr. v. Rothmund. Dr. v. Schleiss. Dr. Seitz. Dr. Winckel.

№ 24. 1887. 14. Juni. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8. Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. 34. Jahrgang.

Originalien.

Aus der Klinik des Herrn Geheimrath Wagner zu Leipzig.

Zur Casuistik der Hirnsyphilis.

Drei Fälle. Mitgetheilt von Dr. *Justus Thiersch*, früherem Assistenten der Klinik.

Die im Folgenden beschriebenen Krankheitsfälle sind im Laufe der letzten Jahre in der Klinik des Herrn Geheimrath Wagner theils von andern Assistenten theils von mir beobachtet worden. Sie betreffen seltenere syphilitische Erkrankungen des Centralnervensystems und verdienen theils wegen des klinischen Verlaufes, theils wegen des durch die Behandlung erzielten Erfolges ein allgemeineres Interesse.

Fall I. 12jähriges Mädchen. Hereditäre Lues. Monatelange Kopfschmerzen. Innerhalb 5 Tagen Lähmungen und Paresen im Gebiete beider Oculomotorii, des rechten Hypoglossus, des linken Glossopharyngeus, Abducens, Facialis, Trigeminus. Neuroparalytische Keratitis. Schwäche und Sensibilitätsstörungen in rechtem Arm und Bein. Antiluetische Cur. Allmählige Besserung aller Erscheinungen.

Der Vater hatte sich 1866 syphilitisch inficirt. Erst 1877 jedoch, durch »braune Flecken« an den Handtellern aufmerksam gemacht, liessen auf Veranlassung des Arztes er und gleichzeitig seine Frau sich antiluetisch behandeln. Letztere hatte vorher zwei schwächliche Kinder, darunter dieses geboren, 6mal abortirt. Nach der Cur zwei gesunde Kinder. Keine Aborte mehr.

Tuberculose ist in der Familie des Vaters. Dieser jedoch auf der Brust völlig gesund. Das Kind ist körperlich nach der Mutter gerathen. Es war früher im Allgemeinen gesund, stets sehr lebhaft und aufgeweckt. Nur treten schon seit Jahren ohne besondere Veranlassung unbestimmte Schmerzen im Kopf auf. Seit einigen Monaten nehmen sie zu.

Am 11. Sept. 1886 einige Stunden nach einem Fall ohne Temperatursteigerung Erbrechen, Empfindlichkeit der Nackenmusculatur, Parese des rechten oberen Augenlides. Wenig Appetit, Obstipation. Dabei ziemlich heftige Stirnkopfschmerzen. Bis zum Tag der Aufnahme in's Jakobshospital, den 23. Sept., bleiben die Erscheinungen unter geringen Schwankungen dieselben.

Das Mädchen ist bei vollem Bewusstsein, giebt klare, genaue Antworten, klagt über starke Schmerzen in der ganzen Stirn. Beim Aufsetzen sofort heftiger Schwindel. Die Musculatur des Nackens ist etwas empfindlich, die Beweglichkeit des Kopfes dagegen nach allen Richtungen ohne Schmerzen möglich. Das rechte obere Lid hängt herab, kann aber activ gehoben werden. Ausgesprochener Nystagmus beiderseits. Pupillen gleichweit, nicht verengt, mit deutlicher Reaction auf Lichtwechsel. Sehschärfe nicht beeinträchtigt. Bewegungen der Augen vollständig normal. Zunge deutlich nach rechts herausgestreckt. Linkes Gaumensegel hebt sich schlecht, Uvula steht dabei nach rechts. Keine Symptome der übrigen Hirnnerven. Haut, Lymphdrüsen normal. Das rechte Bein undeutlich schwächer wie das linke. Klagen über Schmerzen in demselben.

In den folgenden Tagen ist in der Krankengeschichte notirt: 24.IX. Sofortige Einleitung einer Schmiercur: 3 gr ungt. ciner. täglich, ausserdem 1 gr Jodkalium innerlich. Während das Allgemeinbefinden, der Kopfschmerz und Schwindel in den folgenden Tagen sich gleich bleiben, stellt sich am 25.IX. Zunahme der Ptosis links ein. 26.IX. Starke schmerzhafte Entzündung der linken Conjunctiva, ohne sensible Störung. Abducensparese links. 27.IX. Starke Zunahme der Conjunctivitis. Nach Erweiterung der Pupille durch Atropin deutlicher braunrother Saum um dieselbe sichtbar, keine Synechieen. Kopfschmerz in Glabellagegend. Vollständige Abducenslähmung links. Starke Herabsetzung der Hautsensibilität am rechten Unterschenkel für alle Qualitäten. Motilität gut. Schmerzen mehr im rechten Oberschenkel und Arm.

28.IX. Vollständige Lähmung des linken Facialis. Anästhesie im Gebiet des linken Trigeminus: die linke Conjunctiva, die Haut der linken Gesichtshälfte, die linke Zungenhälfte, Mund und Nasenschleimhaut links sind unempfindlich. Gleichzeitig starke Röthung und Blasenbildung auf der Haut der linken Backe. Trotz Zunahme der Conjunctivitis keine Schmerzen mehr. Ptosis rechts etwas geringer. Nystagmus rotatorius. Verminderung der Hautsensibilität des rechten Armes.

In der folgenden Zeit tritt ausser einer Parese im rechten Abducens und Internus am 3.X. keine weitere Nervenstörung auf. Die trophischen Störungen des Trigeminus steigern sich. Es bilden sich trotz sorgfältiger Reinhaltung der Mundhöhle Geschwüre am linken Zungenrande und an der linken Mundschleimhaut. Die linke Hälfte der Unterlippe und linke Wange ist mit leicht blutenden Excoriationen bedeckt. Die linke Nasenhöhle stets verstopft durch stärkere Absonderung von Schleim und Eiter, zuweilen mit Blut untermischt.

Die meiste Aufmerksamkeit und Sorge wurde dem Auge zugewendet. Obschon bereits einige Tage nach dem Beginn der Conjunctivitis ein dauernder Deckverband angelegt wurde, bildete sich am 2.X. ein Hornhautgeschwür, dem sich um die Mitte des October ein Hypopyon zugesellte; gegen Ende dieses Monates heilte das Geschwür mit Hinterlassung einer Hornhauttrübung. Auch das Hypopyon ist um diese Zeit wieder verschwunden.

Ende X.: Zuweilen Iritis-Symptome. Zunge stets nach rechts. Gaumensegel normal beweglich. Facialislähmung geringer. Ptosis rechts verschwunden. Herabsetzung der Empfindlichkeit an wechselnden Hautgebieten der rechten Rumpfhälfte. Sonstiges Befinden im gleichen. Appetit gut. Kein Fieber. Schwindel nur beim Aufsitzen. Bis jetzt 72 gr geschmiert, etwa 30 gr Jodkalium innerlich. Wegen Salivation mit Schmiercur ausgesetzt.

Von jetzt ab bis Weihnachten treten die Veränderungen in der linken Backe in den Vordergrund. Wahrscheinlich zum Theil von den Geschwüren im Innern hat sich eine starke, sehr schmerzhafte Infiltration der Backe entwickelt, die namentlich beim Essen sehr hinderlich wird. Unter mehrfachen Schwankungen geht sie zum Theil zurück. Vom 13. bis 19. December hatte Patientin ausserdem einen schwer fieberhaften polyarticu-

lären Gelenkrheumatismus zu überstehen. Währenddem auch Schmerzen in linker Seite und Magengegend.

Erst von Ende December ab mit der Besserung des Allgemeinbefindens auch Verschwinden der Herderscheinungen. Der Schwindel hört auf. Patientin kann sitzen. Von Mitte Januar an steht sie auf; häufige rheumatische Schmerzen in verschiedenen Gelenken. Die linke Backe wird weicher, Facialislähmung noch vorhanden. Die anderen Erscheinungen im gleichen.

5. III. 87. Täglich ausser Bett. Sehr munter. Guter Appetit. Hat sich körperlich sehr erholt. Gelenkschmerzen noch hie und da. Linkes Auge: geringe Parese der Augenlider. Deutliche Abducenslähmung. Cornea im Ganzen, besonders stark in der unteren Hälfte und in der Mitte getrübt. Sensibilität vollständig aufgehoben. Rechtes Auge normal. Excoriationen am linken Nasenloch, schleimig eiteriger, oft blutiger Ausfluss aus demselben. Linke Backe stark verdickt, weich, in dem hinteren Theil in der Tiefe von innen eine Narbe fühlbar. Linke Gesichtshälfte und Schleimhaut der linken Wange anästhetisch Parese des linken unteren Facialis. Zunge gerade herausgestreckt. Am linken Rande eine Geschwürsnarbe. Motilität der Extremitäten normal. Sensibilität rechts überall etwas herabgesetzt. Häufige Schmerzen in rechter Wade und am rechten inneren Fussrande. Wegen Salivation ward die Schmiercur wiederholt unterbrochen. Seit November wurden im Ganzen gegen 100 gr verbraucht. Jodkali wurde gut vertragen und bis zum letzten Tag eingenommen.

7. III. Entlassung.

Der Fall ist in mehrfacher Hinsicht von Interesse. Durch die Angaben des Vaters wurde die Krankheit schon am ersten Tage für Syphilis gehalten. Tuberculose war alsbald sicher auszuschliessen, eine sonstige intracerebrale Läsion ebenfalls, nachdem die Lähmung der Gehirnnerven ohne stärkere Betheiligung der Extremitäten, ohne Schling- und Sprechstörungen eingetreten war. Alle Symptome wiesen jetzt auf die Basis, an der mit Wahrscheinlichkeit eine syphilitische Affection vermuthet werden konnte.

Unser Interesse wuchs, als sich die trophischen Störungen im Gebiete des linken Trigeniums einstellten. Dass es sich um solche handelte, wurde uns sehr bald zur Ueberzeugung, und ich glaube, dieser Fall ist wie wenig andere geeignet, die Hypothese von dem Vorhandensein trophischer Fasern zu stützen. Die Ernährungsstörungen traten fulminant ein, erreichten in wenig Tagen einen verhältnissmässig hohen Grad; erst einige Tage später kam die Anästhesie in demselben Gebiete dazu. Trotz der peinlichsten Sorgfalt, mit der das kranke Auge allen schädlichen Einflüssen ferngehalten wurde, nahmen die Conjunctivitis und Keratitis ihren Verlauf; die Entzündung bildete sich allmählich zurück trotz fortbestehender Anästhesie. Aehnlich verhielt es sich mit Zunge, Mund und Nasenschleimhaut. An der Haut der Backe war besonders interessant die in den ersten Tagen, ebenfalls früher als die Anästhesie entstandene Blasenbildung. Dass es sich hierbei um eine Läsion des linken Ganglion Gasseri oder der von ihm abgehenden sensibeln Trigeminusäste gehandelt hat, ist fast zweifellos. Freilich wird sich ohne Sectionsbefund nichts Sicheres darüber sagen lassen. Aber abgesehen davon, dass, wie sich später zeigen wird, eine Betheiligung des Ganglion an dem pathologischen Process ohne Zwang sich denken lässt, macht eine Durchsicht der einschlägigen Literatur diese Annahme mehr als wahrscheinlich. Es sei gestattet, einige Bemerkungen über verschiedene hierhergehörige Fälle einzufügen. Trotzdem dieselben zum Theil einer Zeit angehören, wo man auf eine Betheiligung des Ganglion weniger achtete und eine mikroskopische Untersuchung häufig unterliess, lässt sich bei den meisten ohne trophische Störungen verlaufenden Fällen die Läsion des Ganglion ausschliessen, bei denen mit solchen Störungen seine Vermittelung nachweisen. Die Mehrzahl der Beobachtungen ist den Werken von Rumpf[1]), Bernhardt[2]) und Ladame[3]) entnommen.

Labarrière[4]) beschreibt einen Fall, der dem Werth des physiologischen Experiments von Magendie gleichkommt. Der linke Trigeminus ist nach seinem Austritt aus dem Ganglion in seiner Masse, namentlich im rechten Ophthalmicus, atrophirt, das Ganglion selbst frei. Dem entsprechen Anästhesie und Keratomalacie links. Diess ist nebenbei die einzige Möglichkeit, wo bei erhaltenem Ganglion Trophoneurose entstehen kann. Hierher gehört auch die Beobachtung von Kleudgen[5]), der bei einer weitgehenden carcinomatösen Zerstörung der Basis cranii einschliesslich der beiden ersten Trigeminusäste die linke Gesichtshälfte und Conjunctiva ödematös fand. Schilderungen von durch bösartige Neubildungen zerstörtem Ganglion finden sich bei Rosenthal[6]) und Hulke[7]). Beidemal schwere Ernährungsstörungen an den betreffenden Augäpfeln mit mehr oder weniger ausgebildeten sensibeln Störungen. In dem Heslop'schen[8]) Fall, wo »das linke Ganglion in dem Tumor aufgegangen« war, folgte der Anästhesie des linken Auges schliesslich Blindheit. Von einer Läsion der Optici war nichts erwähnt.

Compression des Ganglion braucht nicht immer von trophischen Störungen gefolgt zu sein, wie die Beobachtung von Orsi[9]) beweist. Ausser Parästhesien im Trigeminus und Lähmung der Portio minor erfolgten keine weiteren Symptome. Huguenin[10]) beschreibt ein bohnengrosses Gumma auf dem Ganglion mit Anästhesie und neuroparalytischer Hyperämie in allen 3 Aesten. Bei Fischer[11]) sind beide Ganglien eingeschlossen von Tumoren, nur in der rechten Gesichtshälfte ist das Gefühl abgestumpft, keine sonstigen Erscheinungen. In einem von Landmann[12]) beschriebenen, von E. Wagner[13]) richtig gedeuteten Falle handelte es sich um eine syphilitische Schwarte der Dura mater: »Das Ganglion und seine 3 Aeste werden von einer festen, knorpeligen Masse umgeben, — der Trigeminus hinter dem Ganglion erscheint vollkommen normal.« Dem Befund entspricht eine sehr starke Entzündung des ganzen Bulbus mit Keratitis.

Zahlreicher sind die Mittheilungen von Läsionen des Trigeminus vor seinem Eintritt in das Ganglion. Meist sitzen der oder die Herde im Pons, seltener, wie bei Knörlein[14]) und Gräfe[15]), ist der Trigeminus in der mittleren Schädelgrube vollständig zerstört. Die Beobachtungen von Rosenthal (zwei Fälle)[16]) [17]), Carré[18]), Boyer[19]), Duchek[20]), Bishop[21])

[1]) Rumpf, die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. Wiesbaden 1887.

[2]) Bernhardt, Symptomatol. u. Diagnostik der Hirngeschwülste. Berlin 1881.

[3]) Ladame, Symptomatologie u. Diagnostik der Hirngeschwülste. Würzburg 1865.

[4]) Labarrière, Essai sur la méningite en plaque ou scléreuse, limitée à la base de l'encéphale. Paris 1878.

[5]) Kleudgen, Breslauer ärztliche Zeitschrift 1879, Nr. 7.

[6]) Rosenthal, M., Oesterreich. med. Jahrb. 1870. XIX. S. 163.

[7]) Hulke, Medical Times. Jan. 20. 1877.

[8]) Heslop, Med. Times and Gaz. 1868, April.

[9]) Orsi, Gaz. med. Ital. Lomb. 1869. Nr. 33—36.

[10]) Huguenin, Schweizer Correspondenzblatt V. 1875.

[11]) Fischer, Annalen d. Berl. Charité, Bd. X. Heft 2. S. 162. 1863.

[12]) Landmann, Diss. inaug. path.-anat. exhibens cerebri oculique morbi inter se cohaerentis explicationem. Lips. 1819.

[13]) E. Wagner, Archiv f. Heilkunde, 11. Jahrgang 1870. S. 330.

[14]) Knörlein, Wiener allg. med. Zeitschrift 1864, Nr. 45.

[15]) Gräfe, Gräfe's Archiv, Bd. VIII, 2. pag. 74, 1860.

[16]) Rosenthal, Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd. IX., S. 49.

[17]) Rosenthal, Wiener med. Halle, IV. No. 6—9, 1863.

[18]) Carré, Gaz. med. Nr. 30, 1834.

[19]) Boyer, Arch. géner. de méd. 2. Serie, tome VIII, p. 91, 1835.

[20]) Duchek, Wiener med. Jahrbücher 1864.

[21]) Bishop, London med. gaz. part. III. Vol. I, 21. Dec. 1838.

berichten übereinstimmend von ausgesprochenen sensibeln, aber von keinen trophischen Störungen im Gebiete des Trigeminus. Wo ausser dem Pons noch die Dura mater erkrankt ist, wie in den Fällen von Rühle[22]) und Soulier[23]), ist ausdrücklich die Localisation an der Durchtrittstelle des Trigeminus hervorgehoben. Beide Male bestanden in der That ausgedehnte neuroparalytische Veränderungen.

Es bleiben noch solche Fälle, die sich in die bisherigen Rubriken nicht unterbringen lassen. Mohr[24]) beschreibt einen taubeneigrossen Tumor an der linken Partie der Basis mit Druck u. A. auf den Trigeminus. Das Ganglion ist nicht erwähnt. Es bestand eiterige Ophthalmie links. Vermuthlich war das Ganglion ebenfalls gedrückt. Meissner[25]) erwähnt einen Tumor, der die ganze linke mittlere Grube füllt, auf den Türkensattel übergreift und die Hypophysis einschliesst. Die Conjunctivitis ist ebenso wie der Schmerz in der linken Gesichtshälfte wahrscheinlich durch einen Druck auf das Ganglion und den ebenfalls nicht erwähnten Trigeminus bedingt.

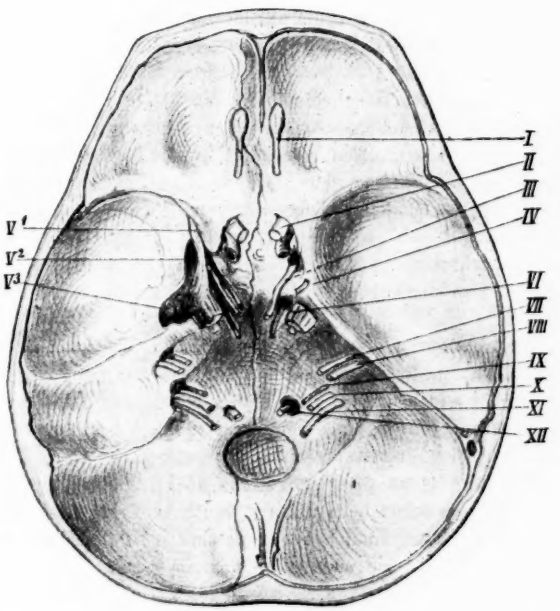
Die Nähe des oberen Randes des Felsenbeins bei dem von Montault[26]) beschriebenen Tumor lässt vermuthen, dass das Ganglion in Mitleidenschaft gezogen ist. Das fünfte Paar war abgeplattet. Conjunctivitis und Keratitis. Bei tuberculösen Processen sind wiederholt, u. A. von Liouville et Longuet[27]) und Banze[28]), Hornhautentzündungen ohne Erwähnung des Ganglion beschrieben. Stets waren multiple Tumoren zu finden. Die Augenstörungen in dem Fall Lombroso[29]) können durch die intracranielle Drucksteigerung erklärt werden. Unerklärt bleiben nur zwei Fälle, der von Blessig[30]): »Gallertsarkom vom Ganglion Gasseri nach hinten gewuchert. Hornhaut und Conjunctiva frei.« War das Ganglion überhaupt ergriffen? Ferner Bernhardt[31]): Gliom der rechten Hälfte des Pons und der Medulla oblongata. Rechtsseitige neuroparalytische Keratitis ohne jede Trigeminusaffection. Muss man in diesem Falle diese Keratitis wirklich auf Neuroparalyse zurückführen? Dass eine Neubildung des Ganglion, welche die Zellen nicht zerstört, ohne ausgebreitete trophische Störungen bestehen kann, beweist das von Hansch[32]) beschriebene Neurogliom.

Eine reichhaltigere Casuistik wird vielleicht in nicht zu ferner Zeit völlige Klarheit in diese Frage bringen. Einstweilen können wir mit Sicherheit aussprechen, dass eine Vermittelung der obengenannten Störungen durch das Ganglion Gasseri in weitaus den meisten Fällen nachgewiesen werden kann.

Lenkt nun, um zu unserem Falle zurückzukehren, diese Betrachtung unsere Aufmerksamkeit auf die Basis des Gehirns als Sitz der Krankheit, so lassen sich auch die Erscheinungen von Seiten der übrigen Hirnnerven sehr wohl auf diese Gegend vereinigen. Schon die verhältnissmässig grosse Zahl der zum Theil auch doppelseitigen Lähmungen weist die Annahme eines einzigen intracerebralen Herdes zurück. Derselbe müsste sehr gross sein und wohin wollte man ihn verlegen? Es bliebe eigentlich bloss der Pons, auf den die gekreuzte Facialislähmung von vornherein sehr verlockend hindeutete. Aber selbst ein kleiner Herd im Pons, der eine vollständige Facialislähmung und nur geringe Schwäche in den entgegengesetzten Extremitäten bewirkt, gehört zu den Unwahrscheinlichkeiten. Sehr auffallend wäre es bei dem acuten Auftreten der Symptome ferner, dass beide motorischen Störungen nicht gleichzeitig, sondern durch mehrere Tage getrennt entstanden. Eine Betheiligung der Ponsbahnen wird überhaupt zweifelhaft, da die sensibeln Störungen, die Anästhesien und die häufigen Schmerzen bei Weitem die geringen motorischen Erscheinungen überwiegen. Dies deutet vielmehr, wenn auch derartige Symptome bei Ponsaffectionen beschrieben sind, mehr auf den Hirnschenkel.

Die Localisation der übrigen betheiligten Hirnnerven bietet keine Schwierigkeit. Sowohl der Hypoglossus wie der Glossopharyngeus, besonders aber der Oculomotorius und Abducens werden häufig an der Basis betroffen. Vor anderen Fällen zeichnet sich der unsrige durch doppelseitige Läsionen im Abducens und Oculomotoriusgebiet aus.

Alle klinischen Symptome deuten sonach auf einen Herd an der Basis. Dass dieser ein syphilitischer war, stimmt mit der Anamnese und dem Krankheitsverlauf. Die jahrelang vorausgehenden Kopfschmerzen, der plötzliche Eintritt von Lähmungsgruppen verschiedenster Combination ohne Fieber und bei erhaltenem Bewusstsein, der Schwindel, das Erbrechen sind häufig bei Hirnlues beschriebene Symptome. Eine Besserung aller Erscheinungen ferner in einem Grade, wie sie hier stattfand bei einer antiluetischen Cur, wird nur bei syphilitischen Erkrankungen beobachtet.



Ein vollständig klares Bild von der Art des syphilitischen Herdes können wir uns verschaffen, wenn wir ihn in die Dura mater verlegen. Nach den Untersuchungen von Rumpf[1]) scheint die syphilitische Natur der so häufig theils als Gallerte, theils als bindegewebige Schwarte, theils als grauröthliche circumscripte Tumoren der Dura beschriebenen Veränderungen ausser Frage Sie entstehen sehr wahrscheinlich durch Anhäufung von Rundzellen um kleinste Gefässe, führen zur Verödung derselben und gehen dann eine regressive Metamorphose ein. Sie wuchern mit Vorliebe längs der Gefässbahnen weiter. Das Schlussresultat ist Narbengewebe. Localisirt sich nun, wie es häufig geschieht, dieser Process an der Basis, so kann man sich leicht vorstellen, wie an ihrer Durchtrittsstelle die Hirnnerven durch Druck und directes Uebergreifen des Processes alterirt werden. In der beigefügten Skizze sind diese Stellen markirt. Bei Betheiligung der Pia nun kommt es häufig vor, dass die Gefässbezirke benachbarter Hirntheile in geringerer oder grösse-

22) Rühle, Greifswalder med. Beiträge. I. Bd. S. 62.
23) Soulier, Lyon médical. Nr. 21. 1872.
24) Mohr, Dissert. Inaug. Würzburg 1833.
25) Meissner, Archiv f. phys. Heilkunde. Bd. XII, 1853.
26) Montault, Journ. de physiol. par Magendie. Avril 1829.
27) Liouville et Longuet, Arch. de phys. Mai 1873.
28) Banze, Jahrbuch f. Kinderheilkunde. N. F. X. 1. 1876.
29) Lombroso, Il Morgagni, VI, I pag. 44. 1864.
30) Blessig. Petersburger med. Zeitschrift. 1866, I.
31) Bernhardt, Hirngeschwülste, S. 190.
32) Hansch, diese Wochenschrift 1886, Nr. 40—41.

rer Ausdehnung veröden und wie in unserem Falle motorische und sensible Störungen der Extremitäten hervorrufen. Wir haben uns wahrscheinlich hier, wie schon hervorgehoben, ein Uebergreifen des Processes auf den linken Pedunculus cerebri vorzustellen. Ein Gumma an der Basis lässt sich zwar schwer ausschliessen, es müsste aber zum Hervorrufen obiger Symptome von einer seltenen Grösse gewesen sein und hätte wohl auch schon früher Herdsymptome geäussert.

Wie bei der »diffusen Infiltration der Bindegewebscapillaren«, diesem schleichend verlaufenden Process, ein verhältnissmässig so acutes Auftreten ausgedehnter Störungen zu erklären ist, muss weiteren Untersuchungen überlassen bleiben. Vielleicht hat unter Einfluss der Pubertät oder anderer Verhältnisse eine plötzliche Steigerung der Blutzufuhr das schnellere Fortschreiten der syphilitischen Infiltration bewirkt.

(Schluss folgt.)

Aus der medicinischen Klinik und Abtheilung des Herrn Geheimrath v. Ziemssen.

Beobachtungen über das Antifebrin II. [1])

Von Dr. *H. Eisenhart*, ehem. Assistenzarzt.

Das Acetanilid als Antirheumaticum.

Ich habe schon Gelegenheit gehabt[2]) darauf hinzuweisen, dass das Acetanilid von verschiedenen Autoren auf seine antirheumatische Wirkung geprüft wurde, und dass besonders Riese in derselben den Hauptwerth des Mittels gefunden hat.

Bei dem grossen Material an acutem Gelenkrheumatismus, das das Münchener Krankenhaus in den letzten Monaten barg, bei den mancherlei Unannehmlichkeiten, die für den Patienten mit der Salicylmedication verknüpft sind, bei dem Interesse endlich das das Studium der Wirkung eines neuen Mittels gewährt, war es ebenso anziehend als naheliegend, den Werth des Acetanilids als Antirheumaticum zu prüfen und ich bin meinem hochverehrten Chef, Herrn Geheimrath v. Ziemssen in hohem Grade dankbar mich zu dieser Arbeit veranlasst zu haben.

Das Antifebrin wurde bei 34 Kranken mit Rheumatismus articul. acut. in Bezug auf seine specifische Wirkung versucht. Zwanzig Patienten waren zum ersten Mal, acht zum zweiten und sechs zum öftern Male von der Krankheit befallen worden; 21 zeigten beim Eintritt afebrile Temperaturen, 8 hatten Fiebertemperaturen bis zu 39,0°, 5 solche über 39,0 bis 40°,0; 17 Kranke zeigten schon beim Eintritt deutliche Erscheinungen von Seite des Herzens; endlich ist zu bemerken, dass 20 Patienten bei der Aufnahme eine mehr oder weniger beträchtliche Schwellung des einen oder anderen Gelenkes, 6 nur periarticuläres Oedem, 8 aber keine objectiv nachweisbare Veränderung an den Gelenken darboten.

Diese wenigen Bemerkungen zeigen zur Genüge, dass das Beobachtungsmaterial ein sehr vielseitiges und reiches und somit Gelegenheit geboten war, den Werth des Mittels kennen zu lernen.

In 5 Fällen hat das Antifebrin seine Wirkung versagt; in dreien davon wurde dann durch Na. salic. Besserung verschafft, während bei den übrigen zwei auch diese Medication erfolglos blieb. Vier Mal wurden noch während des Spitalaufenthaltes Recidive beobachtet, doch wurde die schliessliche Heilung durch Antifebrin erzielt. In allen übrigen Fällen war die Wirkung meist so, dass schon nach den ersten Gaben die Schmerzen sowie das Fieber schwanden und die etwa vorhandene Schwellung abnahm, und in leichteren Fällen am 3., in den übrigen am 5.—6. Tage die Heilung eintrat.

Um bezüglich der Theilnahme des Endocards an der Erkrankung bei Antifebrin-Medication einen Schluss zu ziehen, scheint mir das Material noch zu klein; ich gebe daher nur kurz die betreffenden Zahlen: Von den 34 Patienten kamen 17 schon mit Complication von Seiten des Herzens in Behandlung; von den übrigen 17 blieben 14 von einer solchen frei, 3 dagegen wurden während ihres Spitalaufenthaltes davon befallen.

Was die verabreichte Dosis anbetrifft, so ist zu bemerken, dass den meisten Patienten, die zum grössten Theil erst nach Mittag die Anstalt aufsuchen, am 1. Tage sechs, und am 2. und 3. Tage je sechs bis acht viertelgrammige Pulver gegeben wurden; ich liess dann probeweise einen Tag aussetzen und hierauf in den meisten Fällen; gewissermassen prophylaktisch gegen Recidive, das Mittel noch mehrere Tage in kleinerer Dosis (4 mal 0,25 in 24 St.) fortnehmen. Einestheils nun ist diese Art der Gabe (zweistündliah ein Pulver von 6 Uhr Morgens bis 8 Uhr Abends) für die Pflege, besonders in der Privatpraxis entschieden unbequem, anderntheils giebt es manche Fälle bei denen diese kleinen, wenn auch oft wiederholten Dosen nicht genügen; in solchen Fällen habe ich dann 0,5 drei bis sechsmal im Tage meist mit gutem Erfolge angewandt; eine weitere Steigerung der Einzel- oder Tagesdosis scheint mir nicht zweckmässig; denn die Gelenkrheumatismen, welche der Antifebrin-Therapie zugänglich sind, zeigen bei der erwähnten Gabe rasch die erwartete Besserung, und bei der geringen Zahl derer, die durch das Mittel nicht beeinflusst werden, versagen auch grössere Dosen ihre Wirkung; ich habe dies deutlich an einer Patientin gesehen, die beim Eintritt pralle Schwellung beider Tibiotarsal-, der Handwurzel und Fingergelenke mit starkem periarticulärem Oedem darbot; nachdem 1 grammige Na. salic. und $^1/_4$ und $^1/_2$ grammige Antifebrinpulver zwar mit momentan befriedigendem, aber nicht nachhaltigem Erfolg längere Zeit gegeben worden waren, indem die Schwellung, die Unbeweglichkeit und die Schmerzen mit dem Aussetzen des einen oder anderen Mittels sofort wieder den früheren Grad erreichten, wollte ich nach dem Vorgang Riese's[3]) die Verabreichung 1 grammiger Dosen von Acetanilid (bis zu 6,0 pro die!) nicht unversucht lassen; die Wirkung war um ein Geringes nachhaltiger als bei den Dosen zu 0,25 und 0,5, aber nur um einen halben Tag, und zugleich lehrte mich die, bei völligem subjectiven Wohlbefinden der Patientin, und ohne irgendwelche anderweitige Nebenerscheinung, aufgetretene, für den Laien geradezu unheimliche, Cyanose, dass so grosse Dosen nicht im Krankenhause, geschweige denn in der Privatpraxis angewendet werden könnten. Bei den kleineren Gaben war die Blaufärbung des Gesichts nur sehr unbedeutend, in den meisten Fällen fehlte sie ganz. — Von den sonstigen Nebenerscheinungen sind vor allem die Schweisse zu nennen; sie sind durchschnittlich, wie schon früher erwähnt, um ein Beträchtliches geringer als sonst bei Antifebringebrauch, fehlten wohl auch zuweilen, während sie hinwiederum bei einzelnen Patienten profus zu nennen waren. — Einmal wurde wiederum ein eigenartiges Exanthem beobachtet: Pat. kam am 9. März 1887 mit starker Schwellung der Hand und des Ellbogengelenkes der rechten Seite auf die Abtheilung und konnte sich im Bett nicht aufrichten; das Herz war frei, die Temperatur 39,9; am 5. Tag nachdem Pat. 14 gr Antifebrin genommen hatte, waren sämmtliche Gelenke schmerzlos und frei beweglich, die Temperatur seit den ersten Gaben afebril; am 6. Tag (14.III.) erhielt Pat. noch eine Tagesdose von 2 gr, worauf eine Medication nicht mehr nöthig schien. Am 16. Morgens war die Temperatur 39,3, zugleich zeigte sich ein über die Vorderseite des Rumpfes und besonders die Extremitäten verbreitetes masernähnliches Exanthem: hellrosa, leicht über die Haut prominent, zum Theil confluirend; daneben war es etwas juckend. Das Gesicht blieb

[1]) Diese Wochenschrift 1886. Nr. 47.

[2]) l. c. 1887. Nr. 6. S. 105.

[3]) Deutsche med. Wochenschrift 1886. Nr. 47.

vollständig und dauernd frei; Catarrh der Luftwege fehlte, dagegen bestand ein ganz leichter Grad von Conjunctivitis; noch ist zu bemerken, dass Pat. als Kind die Masern durchgemacht hat und sich keine Quelle der Infection z. Z. denken kann. Das Exanthem blieb unter subfebrilen Temperaturen zwei Tage ohne sich weiter auszubreiten bei Bestand und erblasste am 3. Tage zugleich mit Sinken der Temperatur zur Norm, am darauffolgenden Tage schon zeigte sich am rechten Vorderarm eine spärliche auf eine kleine Strecke beschränkte kleienförmige Abschuppung, während am übrigen Körper sich auch nach langer Zeit keine Spur des früheren Exanthems mehr vorfand; in der Folge trat trotz erneuter Antifebringabe ein solches nicht mehr auf.

Der Harn zeigte nur in 3 Fällen eine deutlich durch das Mittel bedingte Zunahme; einen davon will ich anführen:

	Ordination	Harnmenge	spec. Gewicht
1. Tag	keine	900	1020
2. »	»	850	1024
3. »	3 mal 0,5 g Antifebrin	1000	1025
4. »	ebenso	1700	1016
5. »	4 mal 0,5 g	1720	1016
6. »	ebenso	1900	1017
7. »	keine Ordination	1200	1020
8. »	ebenso	950	1019

In $^1/_5$ der Fälle zeigte der Harn eine hellmoosgrüne Färbung, die Mitte haltend zwischen Icterus und Carbolharn; mitunter fand sich eine röthliche Nüancirung, einmal eine dunkelroth braune Färbung, von dem Aussehen eines dunkeln (Culmbacher) Bieres. Die Quantität des genossenen Antifebrins war bei dieser Veränderung des Harns nicht von Belang. In einer erst kürzlich erschienenen Arbeit von Antoniotti Francesco[4]) ist die naheliegende Vermuthung, dass die grüne Färbung manchen Phenylacetamid-Harns durch Ausscheidung von Phenol als Phenylschwefelsäure bedingt sei, durch den chemischen Nachweis derselben bestätigt. Ueber die Probe selbst werde ich bei anderer Gelegenheit berichten.

Die mitgetheilten Beobachtungen berechtigen meines Erachtens zu der Behauptung, dass das Acetanilid als Antirheumaticum nicht minder werthvoll ist denn als Antifebrile; das vielbewährte Na. salicyl. soll dadurch nicht verdrängt werden; bei den mancherlei, oft recht grossen Unannehmlichkeiten, mit denen für viele Personen der Gebrauch des salicylsauren Natron verknüpft ist, wird es jedoch freudig zu begrüssen sein, ein Mittel zu besitzen, das ohne jede unangenehme Nebenerscheinung, den Zweck häufig ebenso gut erfüllt; dann giebt es doch manche Fälle, die der heilenden Wirkung des Salicylpräparates hartnäckigen Widerstand leisten; so habe ich mir bei Gelegenheit der Bearbeitung des Jahresberichtes der II. medicinischen Abtheilung für die Annalen der städtischen Krankenhäuser einen Fall aus dem Jahre 1881 notirt, in dem der Patient in 83 Tagen 266 g Na. salicyl. genommen hat; am 84. Tag findet sich die Bemerkung eingetragen: »Erneuter heftiger Schmerz und Steifigkeit in verschiedenen Gelenken«; wie froh wären da Arzt und Patient gewesen, einen Versuch mit einem anderen Mittel machen zu können! Anderntheils ist allerdings die Empfänglichkeit für die Antifebrinwirkung individuell sehr verschieden; ich beobachtete pralle Ergüsse z. B. des Kniegelenks, die am anderen Morgen nach Gebrauch von $^3/_4$—$^4/_4$ g verschwunden waren; dabei, auch bei länger fortgesetztem Gebrauch grösserer Dosen, abgesehen von den meist geringen Schweissen, völliges Wohlbefinden und stets afebrile Temperaturen! Dass das Mittel bei manchen Patienten seine Wirkung versagt, darf uns nicht davon abhalten, das Acetanilid als werthvolles Specificum gegen den Gelenkrheumatismus anzuerkennen.

[4]) Osservazioni sull' azione antipir. dell' antifebrina, Gazetta medica di Torino 5. IV. 87.

Zum Schluss möchte ich gerne durch einige wenige casuistische Mittheilungen die angeführten Beobachtungen belegen:

1) S. Joh., 21 Jahre, zum zweiten Mal von Rheum. art. befallen; beim Eintritt zeigen beide Kniee pralle Schwellung, deutliche Fluctuation. Mitral-Insufficienz. Temperatur 40,0. Patient erhielt zwei Tage nacheinander je 6 g Na. salic., ohne jeden Erfolg; am 3. Tag wurde ausgesetzt; an den Gelenken zeigte sich keine Veränderung, die Temperatur war etwas gesunken, aber immer noch über 39°; am folgenden Tag wurde 3 mal 0,5 und am 5. 2 mal 0,5 Antifebrin gegeben: Die Temperatur fiel schon am 4. Tag, entsprechend der Antifebringabe, vom 6. an war sie afebril; zugleich waren die Ergüsse in den Kniegelenken vollständig resorbirt; eine weitere Medication war nicht nöthig.

2) M. Julie, 16 Jahre, zum ersten Male befallen: Starke Schmerzhaftigkeit in der rechten Schulter und Schwellung des linken Tibiotarsal- und der Fusswurzel-Gelenke; starkes periarticuläres Oedem. Endocarditis. Temperatur 38,7; nachdem 2 mal hintereinander Tagesdosen von je 2 g Antifebrin ohne Erfolg gegeben worden waren, wurden am 4. und 5. Tag je 6 g Na. salic. verabreicht; es war zwar nun eine geringe Besserung zu constatiren, doch traten in der Nacht nach der zweiten Salicylgabe so heftige Delirien auf, dass das Mittel ausgesetzt und ein zweiter Versuch mit Antifebrin und zwar in grösserer Dosis gemacht wurde: Pat. erhielt zweistündlich 0,5, im Ganzen 4 g zwei Tage nacheinander: eine Besserung war nicht zu constatiren; da Pat. auf eine hierauf probeweise gegebene Antipyrindose Erbrechen bekam, wurde wieder zum Salicylnatron gegriffen und zwar in kleineren Mengen als das erste Mal (4 g im Tag); es wurde nun eine zwar sehr langsame aber immerhin fortschreitende Besserung erzielt, so dass Pat. nach weiteren 7 Tagen, während derer sie 44 g Na. salic. ohne bedeutendere Beschwerden genommen hatte, den Fuss etwas bewegen und eine Abnahme der Schmerzen constatiren konnte. Pat. ist z. Z. noch in Behandlung.

3) Kr. Josepha, 21 Jahre, zum ersten Male befallen. Beim Eintritt starke Schwellung beider Tibiotarsal Gelenke, Erguss in's rechte Kniegelenk; Umfang des rechten Knies 39, des linken 34 cm. Herz frei. Temperatur 39,7.

24. III.	8 Uhr	39,7	(Eintrittstag).	
	10 »	39,2		
25. III.	2 Uhr	38,8		Harn-Menge 870
	4 »	38,6		Spec. Gewicht 1019
	6 »	38,8		bernsteingelb
	8 »	39,0		
	10 »	39,3		
	12 »	39,6		
	2 »	39,5		
	4 »	40,0	Absichtlich keine Ordination.	
	6 »	40,0		
	10 »	39,5		
26. III.	2 Uhr	39,6		Harn-Menge 920
	4 »	38,9		Spec. Gewicht 1021
	6 »	39,2		ziemlich reichlicher Urat-
	8 »	39,3		Bodensatz
	10 »	39,7	0,5 Antifebrin	
	12 »	38,4	0,5 »	
	2 »	38,0	0,5 »	
	4 »	37,4	0,5 »	
	6 »	36,5	0,5 »	
	10 »	36,5	0,5 »	
27. III.	2 Uhr	37,3		Die Schwellung der Tib.
	4 »	36,8		tars. Gelenke fast voll-
	6 »	37,4		ständig geschwunden, kein
	8 »	38,2		Schweiss, keine Cyanose.
	10 »	38,5	0,5 Antifebrin	Harn-Menge 910
	12 »	37,9	0,5 »	Spec. Gewicht 1023
	2 »	37,7	0,5 »	rothbräunliche Farbe.
	4 »	37,1	0,5 »	
	6 »	36,6	0,5 »	
	10 »	36,2	0,5 »	
28. III.	2 Uhr	36,9		Tib. tars. Gel. frei beweg-
	4 »	36,8		lich; Erguss im Kniegelenk
	6 »	36,6		bed. geringer; Herz dau-
	8 »	36,8		ernd frei. Keinerlei Be-
	10 »	37,6		schwerde von der Ordinat.
	12 »	37,7	0,5 Antifebrin	Harn-Menge 870
	2 »	37,8	0,5 »	Spec. Gewicht 1021
	4 »	37,6	0,5 »	etwas heller als gestern,
	6 »	37,6	0,5 »	leichter grünlicher Anflug.
	10 »	37,1		

29. III. Temperatur bei zweistündlicher Messung stets afebril. Das Kniegelenk rechts völlig abgeschwollen: Umfang 34 cm! An diesem Tag wurde 6 mal und am folgenden noch 4 mal 0,5 Antifebrin gegeben, um einem Recidiv vorzubeugen. — Die Temperatur blieb dauernd afebril, das Herz blieb frei, ein Recidiv ist nicht eingetreten. Besonders bemerkenswerth in diesem Fall, der nach der Höhe des localen Processes und den starken Temperatursteigerungen der ersten Tage gewiss nicht zu den leichten zu zählen ist, — ist die deutlich erkennbare tägliche Abnahme sowohl des Temperatur-Maximums als der Durchschnitts-Temperatur, die rasche Resorption der Ergüsse besonders des Kniegelenkes und die von Recidiv frei gebliebene Heilung in 4 Tagen; dabei zeigte Pat. keinerlei durch die, doch nicht unbeträchtliche Menge Antifebrin verursachten Beschwerden, bot vielmehr objectiv und subjectiv den Eindruck offenbaren Wohlbefindens.

Aus der medicinischen Gesellschaft in Nürnberg.

Gangrän der Hand nach Radiusfractur.

Mitgetheilt von Dr. *Johann Merkel.*

Meine Herren! Das Auftreten von Gangrän infolge von Knochenbrüchen ist eine nicht ganz seltene Complication. Abgesehen von der durch septische Entzündung bedingten Gangrän, welche uns heute weniger interessirt, ist die Entstehungsweise von Brand nach Fracturen eine verschiedenartige.

In Anbetracht dessen, dass ein solch übles Ereigniss zuweilen durch Missgriffe des Heilpersonals verschuldet wurde, dass jedoch ein solches Unglück noch öfter dem Arzt ganz ohne seine Schuld in die Schuhe geschoben wird, muss unser Interesse zur Untersuchung und Klarstellung solcher Fälle in erhöhtem Maasse wachgerufen werden, berührt dies ja doch die Interessen und das Ansehen unseres Standes auf's Eingreifendste!

Verneuil, der berühmte französische Chirurg, verdient unsern ungetheilten Beifall darüber, dass er einst in der Académie de chirurgie in Paris verlangte: es seien alle einzelnen Fälle von Gangrän nach Knochenbrüchen, welche ohne ärztliche Schuld sich ereignet haben, zu registriren.

Eine umschriebene Gangrän kommt am häufigsten, beschränkt auf die die Bruchstelle bedeckenden Weichtheile, vor. Insbesondere ist es die äussere Haut, welche manchmal in ausgedehnter Weise der Gangrän verfällt. Seltener tritt Gangrän im weiteren Verlauf durch continuirlichen Druck von Seite dislocirter Bruchenden auf, welche die Haut durch Perforation zur Mortification bringen und dann eine offene Fractur darstellen. Von der Grösse dieses Brandes hängt es ab, ob das Glied geopfert werden muss, oder ob gehofft werden kann, dass sich der Substanzverlust mit Granulationen ausfüllen werde.

Ausser dieser circumscripten Gangrän, deren Ursache klar war, kommt noch eine totale vor, welche den unterhalb der Bruchstelle befindlichen Gliedabschnitt betrifft. Sie entsteht durch vollständige Aufhebung der Circulation und ist auf Compression oder Verletzung der Blutgefässe zurückzuführen. Paul Bruns in Tübingen hat 41 Fälle in der Literatur zusammengestellt.

Unter diesen 41 Fällen hatte die Verletzung oder Compression ihren Sitz:

an der	Arteria axillaris	3 mal
» »	» brachialis	6 »
» »	» femoralis	5 »
» »	» poplitea	16 »
» »	» tibialis ant.	6 »
» »	» tibialis post.	2 »
» »	» tibialis ant. und post.	2 »

Nur in einem Fall ist die Compression einer Vene, nämlich der Subclavia, als Ursache des Brandes constatirt.

Bruns kommt hierauf zu folgenden Resultaten seiner Beobachtung.

Folgende vier Möglichkeiten sind es, welche die Entstehung der Gangrän veranlassen.

1) Bei directen Fracturen kann durch die fracturirende Gewalt selbst eine Contusion des Arterienrohres mit Zerreissung der inneren Häute bewirkt werden. Der thrombotische Verschluss der Arterie hat, falls Collateral-Kreislauf ausbleibt, Gangrän zur Folge, welche sich gleich in den ersten Tagen nach der Verletzung manifestirt.

2) In andern Fällen entsteht die Gangrän in Folge einer partiellen oder totalen Continuitätstrennung der Arterie, mag äussere Gewalt oder ein dislocirtes Fragment dazu führen. Durch den thrombotischen Verschluss der getrennten Gefässenden wird die Circulation in dem Gefässrohr vollständig unterbrochen.

3) Ferner kann es sich um partielle oder totale Continuitätstrennung eines Arterienstammes handeln, jedoch mit Entwicklung eines falschen Aneurysmas. Die Gangrän ist hier nicht unmittelbar durch die Gefässverstopfung bedingt, sondern erst durch das wachsende Aneurysma, welches die übrigen Blutbahnen durch Compression verlegt. Hier kann die Gangrän erst später dazu treten, wenn die Entwicklung des Aneurysmas erst später erfolgt.

4) Die Gangrän kann endlich durch Compression eines Arterienstammes von Seiten dislocirter Bruchenden oder Splitter entstehen; die Folge ist wiederum thrombotischer Verschluss der Arterie.

Schliesslich ist noch zu erwähnen, dass auch eine fehlerhafte Behandlung, einschnürende Verbände, allein im Stande sind, durch Compression der Gefässstämme Totalgangrän des Gliedes zu verschulden. Entweder ist der Verband von vorneherein zu fest angelegt worden, oder er wird erst durch die hinzutretende Anschwellung des Gliedes so eng, dass er die Circulation hemmt.

Gestatten Sie mir nun, dass ich Ihnen über einen Fall von rapider Gangrän nach subcutanem Radiusbruch, welchen ich zuletzt in meiner Privatklinik behandelte, referire.

Z., Kunigunda, 24 Jahre alt, Bauerntochter aus Altsittenbach fiel am 23. Januar 1887, als sie aus ihrem Hause heraustrat, um Wasser zu holen, so unglücklich auf den rechten Vorderarm, dass die Hand, als sie aufgehoben wurde, durch Radiusbruch und Luxation in starker Abduction nach aussen stand. Zwei Bauern, der Vater und ein Verwandter suchten die Difformität zu heben, zogen und rissen zu diesem Zweck an der Hand herum und stellten dieselbe gewaltsam wieder in die normale Richtung; mit welchem Kraftaufwand ist fraglich, doch dürfte der Schluss berechtigt sein, dass die derben Bauernfäuste nicht allzu zart gezogen haben. Man holte nach 5 Stunden einen Arzt, welcher Eisumschläge verordnete und in Bälde einen Verband in Aussicht stellte.

Schon am dritten Tag soll unter Hervortreten grosser Geschwulst Entfärbung der Finger eingetreten sein, bald darauf färbte sich die ganze Hand schwarzblau und wurde kalt. In diesem Zustand wurde Patientin in meine Privatklinik gebracht.

Status praesens am 7. Tage nach der Verletzung:

Rechter Vorderarm stark geschwollen, bis zum Ellenbogengelenk ödematös, nach vorn derb und bretthart.

Handrücken hervorgebaucht, Finger unförmlich angeschwollen, schwarzblau, stellenweise mit Blasen besetzt, eiskalt.

Radialpuls fehlte entweder durch die starke Anschwellung oder wegen Thombosirung des Gefässes. Nadelstiche werden nur in der Umgebung der Dorsalfläche des Daumens verspürt, sonst überall Empfindungslosigkeit sowie absolute Functionsstörung bezüglich der Bewegung.

Bei der Untersuchung in Narkose entdeckte man, dass 1 cm hinter der Gelenklinie der Radius gebrochen war. Es fand sich deutliche Crepitation, abnorme Beweglichkeit fehlte, da die immense Anschwellung wie ein starrer Panzer die Bruch-

enden umgab. Man diagnosticirte einen Bruch der carpalen Radiusepiphyse. Da es geboten war, die vorhandene Gangrän auf eine möglichst geringe Ausdehnung zu beschränken und vielleicht doch den Daumen noch zu retten, brachte man die Extremität in verticale Suspension, dabei den Gedanken festhaltend, alsbald die Amputation des Vorderarmes vorzunehmen, wenn eine sichere Demarkationslinie sich gebildet haben würde. Vielleicht, dachte man, ginge noch ein Theil des brandigen Oedems zurück und wäre etwa doch noch eine Begrenzung an der Mittelhand zu erwarten! Obgleich am 2. Februar auf der Dorsalfläche der Hand 5 cm unter den Fingeransätzen sich eine Demarkationslinie zu bilden schien, schritt doch vom 3. bis 6. Februar die Gangrän unaufhaltsam weiter. Unter hohem Fieber, das bis zum 3. Februar gefehlt hatte, (41,0 in ano) ging die brandige Zerstörung fort und begrenzte sich definitiv in einer Linie, welche auf der Aussenseite sich vom Capitulum ulnae in schräger Linie über die Bruchstelle nach innen nach der Radialseite hinzog.

Dort bildete sich auffallend rasch eine tiefe Furche zwischen lebendem und todtem Gewebe. Die Hand war nun schwarz, kalt, gefühllos, vielfach mit Brandblasen besetzt, jauchige Brühe dringt überall hervor, auch aus der Gegend der Bruchstelle, wo sich eine seichte Zellgewebseiterung entwickelt hatte. Das septische Fieber hatte begonnen, und sollte man das Leben noch retten, so musste man die Amputation schleunigst vornehmen. Wegen der starken serösen und plastischen Infiltration des Vorderarmes, welche Tiefgehen des Brandes an einigen Stellen ahnen liess, wurde 8 cm unter dem Ellenbogengelenk amputirt. Man machte den zweizeitigen Zirkelschnitt und musste 3 Arterien unterbinden. Es eiterten sämmtliche 3 Ligaturen und einzelne Umstehungsfäden heraus. Dadurch entstanden Abscesschen und umschriebene Zellgewebseiterung, so dass im Heilungsverlauf 3 Incisionen am Stumpfe nöthig wurden, wodurch sich die Heilung einigermassen verzögerte. Am 30. März war sie vollendet. — Die Eiternng war lediglich durch die schlechte Beschaffenheit des Catgut bedingt, da die ganzen Catgutsschlingen herauseiterten. Bei dieser Gelegenheit dürfte es nicht überflüssig sein, darauf hinzuweisen, dass unter dem Namen Catgut alles mögliche Zeug im Handel erhält, was oft mehr septische, als antiseptische Wirkung äussert.

Der 8 cm unter dem Ellenbogengelenk abgenommene Vorderarm ist um das Doppelte verdickt, fühlt sich hart an, die Haut gespannt, mit Blasen besetzt, ödematös. Die allgemeine Decke der Finger, der Volar- und Dorsalfläche der Hand blauschwarz entfärbt, aus zahlreichen Epidermisdefecten sickert übelriechendes Serum hervor. Eine längliche Ulceration findet sich auf der Dorsalfläche des Gelenks mit vertrocknetem Eiter bedeckt, beim Abpräpariren der Haut von den Muskeln sickert ebenfalls Serum von penetrantem Geruche hervor, die Muskeln in der Nähe der Sehnenansätze theils blassröthlich, theils gelblich entfärbt. Von der Dorsalfläche aus dringt man in das Handgelenk ein. Der Processus styloideus radii erscheint unmittelbar hinter seiner Gelenkfläche extracapsulär gebrochen, so zwar, dass Dislocation nicht bestand, jedoch zwei losgelöste Knochenfragmente in dem kleinen Raum zwischen den beiden Bruchstücken rechtwinkelig zur Knochenaxe gerichtet und in die Weichtheile eingespiesst waren. Das periphere den Gelenkknorpel tragende Bruchstück des Radius war von unregelmässiger Gestalt und von 1 cm Dicke. Die Splitter waren 2 cm lang und 1 cm breit und scheinen dem centralen Bruchstück angehört zu haben. Die Ulna war nicht gebrochen, das Köpfchen der Ulna jedoch entfärbt und von defectem Knorpelüberzug. Die nähere Untersuchung der grösseren Arterien führte leider zu keinem Resultat, da der Verwesungsprocess schon zu weit vorgeschritten war. Fast bis zur Bruchstelle liessen sich die Gefässe: die Arteria radialis und ulnaris verfolgen, von da ab waren die Weichtheile in pulpösen Brei verwandelt, was durch die Dauer der Gangrän, — von Beginn bis zur Amputation 14 Tage — mehr als erklärlich ist.

Epikrise. Wenn es eine durch die Erfahrung begründete Thatsache ist, dass bei Unglücksfällen die Vox populi — und nicht etwa bloss in den niedern Volksschichten — einen einzigen Moment im Drama herausgreift, um darin die ausschliessliche Ursache des nicht befriedigenden Ausganges zu erblicken, so sollte auch der in Rede stehende Fall diese Wahrheit auf's Neue illustriren. Das aufgebrachte Volk in der Umgebung der Patientin griff sich den erstbehandelnden Arzt als Prügeljungen heraus und schalt auf seine Eisumschläge, zugleich ihm vorwerfend, dass er das Anlegen eines Verbandes unterlassen habe, während letzteres in richtiger Beurtheilung der Sachlage von ihm geschehen war. Die Anwendung der Eisumschläge war im Anfang völlig indicirt, aber dies nicht beachtend, hing sich das denkfaule Publikum an die Ansicht: »die Eisumschläge müssen die Ursache des Brandes gewesen sein«, ohne zu erkennen, dass bei solchen tragischen Fällen immer mehrere, oft eine Reihe infauster Momente zusammenwirken, um den misslichen Schlusseffect herbeizuführen. Bei unserem Fall waren es nach meiner Beobachtung vorzüglich drei Umstände, deren Beisammensein einen anderen Ausgang nicht gestatten konnte, während das Fehlen dieser 3 Punkte mit Wahrscheinlichkeit einen minder traurigen Ausgang zugelassen hätte.

1) Die durch den Sturz hervorgerufene üble Beschaffenheit der Verletzung.

2) Das Vorhandensein eines subcutanen Comminutivbruches mit senkrecht zur Knochenaxe gelagerten Splittern.

3) Die kunstwidrigen Tractionen der Bauern, welche die abducirte Hand wieder in gerade Stellung brachten.

Patientin fiel auf den Thenar der stark pronirten Hand; letztere musste die ganze Wucht des Falles aushalten und dadurch brach der Radius durch directe Gewalt, nicht wie sonst einige Querfinger hinter dem Processus styloideus, wenn fortgesetzte Gewalt eingewirkt hat, sondern der Bruch war hier im Processus styloideus selbst.

Beim Besten spalteten sich nicht nur 2 Knochenfragmente ab, sondern es kam auch noch zu einer Luxation der Hand nach aussen, herbeigeführt durch Zerreissung der Carpo-Radialverbindung, so dass die Hand in Abduction zu stehen kam — gewiss ein Beweis der starken directen Gewalt! Ich stehe nicht an zu behaupten, dass sich die Prognose günstiger gestaltet hätte, wenn diese Verletzung mit Hautwunde complicirt gewesen wäre. Unter dem Schutze der Antisepsis hätte man Einschnitte gemacht, die Splitter entfernt, drainirt, und so den Vorderarm sicher der Heilung entgegengeführt.

So paradox es klingen mag, einen offenen Bruch prognostisch für günstiger zu erklären, als einen subcutanen — in diesem Fall ist diese Ansicht gewiss zulässig. Allein es war ein subcutaner Splitterbruch mit Luxation, eine Verletzung, welche an sich schon eine hochgradige traumatische Entzündung hervorrufen musste, und welche durch die Einrichtungsversuche der Bauern sich so steigerte, dass eine monströse Geschwulst eintrat. In diesem Stadium kam der erstgerufene Arzt zur Patientin. Wo hätte er die Indication zu einer diagnostischen Incision, welche allein die Diagnose hätte feiner nüanciren können, herleiten sollen, bei einer Fractur, deren ursprüngliche Form durch die erwähnten Eingriffe abgeändert war? und wäre wohl dieses Publicum hiezu zu bestimmen gewesen? Nimmermehr!

Die Position der Splitter, welche eine ganz wunderbare Stellung eingenommen hatten, erklärt die Gangrän vollständig; sie drückten auf die grösseren Gefässe, die Compression setzte sich auf die kleineren Arterien, Venen und das Capillargebiet der Carpalgegend fort. Durch die Compression mussten die Gefässwandungen derart alterirt werden, dass das Blut in ihnen gerann. Die Gerinnung setzte sich nach allen Richtungen hin fort und dadurch war der Extremität das Blut entzogen, somit ihr Schicksal, dem Brand zu verfallen, entschieden.

Nun, meine Herren, wie kamen die abgesprengten Knochenfragmente in die verhängnissvolle Stellung?

Nur gezwungen und das Naheliegende nicht beachtend, wäre es, wollte man annehmen, dass beim Bruch sofort dieselben im rechten Winkel zur Knochenaxe sich gestellt und unbeeinflusst von den Zerrungen der Bauern sich in die Weichtheile eingespiest hätten; es ist für mich vielmehr eine bis zur Gewissheit gehende Wahrscheinlichkeit, dass durch das unmethodische und planlose Ziehen an der gebrochenen und luxirten, in Abduction stehenden Hand, eine Dislocation der Bruchfragmente herbeigeführt wurde, welche die Gangrän nach sich zog.

Wenn auch für diese Annahme ein mathematischer Beweis nicht erbracht werden kann, so wäre der Zweifler auf die Annahme angewiesen, dass die Beschaffenheit der Fractur von vornherein eine solche Stellung der Splitter mit sich brachte, ein Drittes giebt es nicht.

In beiden Fällen ist die Thatsache eine unumstössliche, dass nur die Fragmente es waren, welche durch ihren Druck auf die, durch die traumatische Entzündung dilatirten Gefässe, die Gangrän der Hand herbeigeführt haben, und dass die Maassnahmen des erstbehandelnden Arztes in keiner Weise als die Ursache des Brandes herangezogen werden können.

Eine Typhusstudie.

Von Bezirksarzt Dr. *Andräas* in Burglengenfeld.

Ueber die Typhusepidemie, welche im heurigen Spätsommer und Herbste Burglengenfeld, ein Städtchen mit 3500 Einwohnern, heimsuchte, erlaube ich mir aus dem Material, das ich in diesem Betreff für den Jahresbericht gesammelt, hier Einiges mitzutheilen, was allgemeines Interesse bieten könnte.

Es sei mir gestattet, vorerst einige geschichtliche Rückblicke auf frühere Typhusepidemien in unserem Bezirke zu machen. Der Typhus oder, wie man früher allgemein sagte, das Nervenfieber ist auch unserem Bezirke, sowie dem ganzen Regierungsbezirke Oberpfalz (früher Regenkreis) nie ein Fremdling gewesen. Gehen wir nur auf ungefähr 50 Jahre zurück, so finden wir in den betreffenden Acten der bezirksärztlichen Registratur vom 6. September 1835 ein Schreiben der Regierung des Regenkreises, in welchem eine Hausepidemie zu Irlbach, der später eine solche in Haselbach folgte (zwei einander benachbarte Dörfer im Nordwesten des Bezirkes, an den Amberger Bezirk grenzend), den Anlass zu mehreren Directiven giebt. Die Prophylaxis trat zu damaliger Zeit hinter die therapeutischen Bemühungen noch wesentlich zurück. Besondere therapeutische Massnahmen wurden von oben herab eingehend empfohlen, ja fast so zu sagen befohlen, wobei der humoralpathologische Standpunkt vorwaltet. Interessant ist, was in dieser Beziehung z. B. das erwähnte Regierungsschreiben von 1835 besagt: »Da die bisher in Anwendung gebrachten Heilmittel ohne allen Erfolg geblieben sind und die nächste Ursache des Abdominaltyphus nicht ursprünglich im Gangliennervensystem, sondern in einer bedeutenden Mischungsveränderung des Blutes gesucht werden möchte, welche vergiftend auf das Nervensystem einwirkt und den faulichten oder paralytischen Fiebercharakter zur Folge hat, so dürfte bei ähnlichen Fällen anfangs nach einem gegebenen Brechmittel aus Ipecacuanha eine mehr exspectative sanfte Behandlung, Abhalten und Entfernen aller den einfachen Gang der Krankheit störenden Einflüsse, heroischer Arzneien, grober Nahrung, geistiger Getränke u. s. w. anzurathen sein, wobei frisches, kaltes Wasser zum Trinken und Waschen, Chlorine mit Decoct. alth., Decoct. Salep, Mandelmilch, gelinde auf den Darmcanal, Haut und Nieren wirkende Arzneien, potio Riveri, äusserlich Blutegel an die Ileocöcalgegend, Merkurialeinreibungen, Gegenreize durch Vesicantien, um die Congestion von den Nervengebilden abzuleiten, späterhin mit Vorsicht reine, das Blutsystem nicht anfeindende Nervina, um der drohenden Ganglioplegie, und Mineralsäuren, um der Blutzersetzung entgegenzuwirken, endlich zur Beförderung und Unterstützung der Krisen die geeigneteren kräftigeren Arzneien u. s. w. an Ort und Stelle sein.« — 20 Jahre später, November 1855, scheint Typhus in der Stadt Burglengenfeld selbst geherrscht zu haben, wie dies aus einem kurzen, anordnenden Regierungsschreiben aus dieser Zeit zu entnehmen ist. Aus dem Jahre 1871 wird eine locale gutartige Ortsepidemie im Dorfe Steinberg, $1^1/_4$ Stunden südöstlich von Schwandorf, berichtet. 1872 sind vier gut verlaufene Fälle in Schwandorf registrirt. 1873 werden 9 Todesfälle an Typhus in Schwandorf constatirt, darunter in einer Vorstadt 7 Erkrankungen mit 1 Todesfall in 2 Häusern. Im Jahre 1874 15 Erkrankungen mit 3 Todesfällen in Schwandorf. Von Burglengenfeld sagt der Bericht des amtlichen Arztes, dass dort seit 18 Jahren nur ein Fall vorgekommen sei, und fügt den seltsamen Schluss bei: »Es scheint, als ob der Boden, auf dem sich die Wechselfieber entwickeln und einheimisch gemacht haben, die Bedingungen für Erzeugung des Typhus nicht in sich bergen.«

1875 berichtet Dr. Roger einen Fall mit tödtlichem Ausgange in Schwandorf, 2 Fälle mit 1 Todesfall in Steinberg. Er glaubt beim ersten Falle in einem hochgelegenen Hause an den Einfluss zweier Düngerhaufen an der Rückseite der Wohnung, von denen aus der sehr hygroskopische Sandstein des Hauses sich mit Jauche imbibiren konnte. Ebenso schreibt er die Fälle und das Stationärsein des Typhus in Steinberg der sumpfigen Lage des Ortes zu, die durch stetigen hohen Grundwasserstand das Einsickern des Odels in die Brunnen begünstige und von Zeit zu Zeit zu kleineren Epidemien führe. Aus demselben Jahre wird vom Arzte zu Schmiedmühlen (im tiefen Vilsthale) über 12 Erkrankungen mit 3 Todesfällen berichtet, davon 5 Erkrankungen in dem ebenfalls im Vilsthal gelegenen Vilshofen. Ebenso berichtet der Arzt in Kallmünz (9 km südlich von hier) von einigen Fällen in dem $1^1/_4$ Stunde von Kallmünz auf dem Jurahochplateau gelegenen Dorfe Dinau.

Im Jahre 1876 berichtet der Arzt zu Maxhütte über eine Hausepidemie in dem rechts der Naab an einem Abhange der Juraausläufer gelegenen Dorfe Premberg ($^3/_4$ Stunden von hier) mit 5 Erkrankungen. In Bezug auf die Aetiologie bemerkt der Berichterstatter: Das Haus aus Kalk und Sandsteinen hat kleine Fenster, eine kleine Stube, worin gekocht und gewohnt wird; es steht 40 m vom Naabflusse entfernt auf Sand (angeschwemmter Boden), steht oft unter Wasser, so im Frühjahr 1876 vier Wochen lang. Das Haus liegt am tiefsten, hinter ihm auf sanfter Anhöhe das Dorf, von dem alle Abwässer der Dungstätten am Hause vorbei in die Naab gehen. Der Berichterstatter nimmt Contagion an. Der Bezirksarzt zu Schwandorf constatirt im Berichte pro 1876, dass in 36 Jahren nur 2mal eigentliche Typhusepidemien beobachtet worden seien in Fronberg, Schwandorf und Steinberg, lauter Orte, wo auch Wechselfieber einheimisch sind. Seit 2 Jahren mehrten sich die Erkrankungen, namentlich in Fronberg und Steinberg.

Dr. Roger in Schwandorf behandelte im Jahre 1876 im Ganzen 24 Typhusfälle in 4 Gruppen: eine Epidemie in Steinberg, eine Epidemie in Fronberg, eine Hausepidemie in Schwandorf und isolirt gebliebene, zum Theil eingeschleppte Fälle. In Steinberg begann die Epidemie schon im December 1875 mit 2 Fällen, dann kamen weitere Erkrankungen ohne Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe. Erst am 19. März 1876 kam Berichterstatter zu einer andern Kranken und fand bei dieser Gelegenheit 6—8 Fälle, sämmtlich in den elendesten Verhältnissen. Von December 1875 bis Mai 1876 dauerte die Epidemie; 15 Fälle wurden dem Berichterstatter bekannt, von denen nur 2 sich direct an den Arzt wendeten. Fünf starben. Bemerkenswerth ist, dass die Krankheit, wie auch schon in früheren Jahren, auf die benachbarten Orte (das nächste Dorf ist eine halbe Stunde entfernt) keine Verbreitung fand, »ein Fingerzeig, dass die Natur ihrer Quelle ganz local sein dürfte«, sagt Dr. Roger. Er meint nun, es wäre die Lage des Friedhofes Schuld. Ueber diesem steht nämlich der Mühlweiher und unter dem Friedhof das Dorf, also terrassenförmig abwärts: Mühlweiher, Friedhof, Dorf. Roger meint nun, dass das unter dem Drucke der Wassermasse des Weihers stehende Grund-

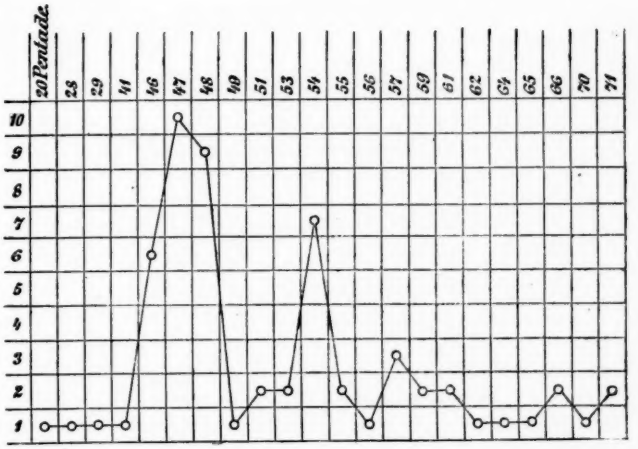
wasser erst dann in einen grossen Theil der Dorfbrunnen gelangt, wenn es den Friedhof durchstrichen und dessen Erdreich ausgelaugt hat. 7 von den 15 Erkrankungen finden sich auch dicht am Friedhofe auftretend. Im Winter, in welchem die Steinberger Epidemien fast immer auftreten, trinken die Leute auch mehr von den Dorfbrunnen. In den höheren Häusern sowie unter den auf der Höhe in den Granitbrüchen beschäftigten Arbeitern kam kein Typhusfall vor. Gegen das Ende der Epidemie traten in Steinberg viele Wechselfieber und andere Malariaaffectionen auf. Im selben Jahre wurde auch Fronberg (eine halbe Stunde nördlich von Schwandorf) von Typhus mit 7 schleppend verlaufenen Fällen heimgesucht. Bei 2 dieser Fälle spielten intermittensartige Erscheinungen in den Verlauf hinein. Ueberschwemmungen hatten im Februar und März die Keller mit Wasser gefüllt, wonach beim Sinken des Wassers überall ein Ueberfluss an faulenden organischen Stoffen war. Die Lebensmittel waren durchs Hochwasser auch verdorben worden. In Schwandorf gab es im Jahre 1876 Typhuserkrankungen nur in einem Hause, das einem Schweinstalle eher als einer menschlichen Wohnung glich, am Wasser gelegen, überschwemmt. Sporadische Fälle kamen 5 zur Beobachtung. Ein Fall in Schwandorf war eingeschleppt aus Türkheim in Schwaben. Die Kranke hatte dort ihre Mutter, welche den Typhus in München erworben hatte, gepflegt. Die Krankheit dauerte vom 9. Februar bis 22. April und traten am Schlusse auch heftige Wechselfieberanfälle auf. In Kronstetten (an der Bahnlinie Schwandorf-Fürth, $^3/_4$ Stunden von Schwandorf) ist bemerkenswerther Weise ein Haus am Friedhof, worin in früheren Jahren bereits mehrere Familienglieder — 2 oder 3 mit tödtlichem Ausgang — an Typhus erkrankten, wo auch der behandelnde Arzt Dr. Meier von Bodenwöhr mit Typhus sich inficirte und daran am 26. October 1874 starb. Diesmal erkrankte eine Person in einem von diesem Hause entfernt stehenden Gebäude. Die Wohnungs-, Trinkwasser- und Abortverhältnisse werden in den 24 Fällen 21 mal als schlecht und sehr schlecht bezeichnet.

Das Jahr 1877 weist vereinzelte eingeschleppte Fälle in Steinberg, Schwandorf und Fronberg auf. Sodann 7 Fälle in 4 Häusern in dem nördlich von Schmiedmühlen an der Vils gelegenen Dorfe Vilshofen, vom Juni 1877 bis Februar 1878. Von 1878 bis 1885 inclusive finden sich in den Jahresberichten auch die Tabellen der an Infectionskrankheiten Verstorbenen. In diesem Zeitraum von 8 Jahren sind im Amtsgericht Burglengenfeld registrirt 21 Todesfälle an Typhus, im Amtsgericht Schwandorf 14 Todesfälle, wovon im Jahre 1882 in beiden Amtsgerichten kein Todesfall vorkam. Aus den spärlichen Notizen der Berichterstatter über die Morbidität in diesem Zeitraum ist wenig zu entnehmen. 1880 kamen in Burglengenfeld einige Fälle vor, meist von München eingeschleppt, welche sich auf die Umgebung des ursprünglich auswärts Erkrankten beschränkten. Eine Hausepidemie kam zur Beobachtung in einer schlechten Fabrikarbeiterswohnung, welche früher eine Stallung gewesen. Vater, Sohn und einige Kinder erkrankten schwer, genasen aber. Fünf Fälle in Schwandorf. Am 26. Januar erkrankte ein 12jähriger Knabe an Pneumotyphus, und am 18. Febr. erkrankte ein 54jähriger Tagelöhner, der beim Vater des Knaben in Arbeit stand (Acquisition des Typhus im Hause des Arbeitgebers). Der dritte Fall, ein 56jähriger Privatier, ging am 30. April zu. Die Wohnung dieses Kranken in der breiten Gasse befindet sich direct der Wohnung des obengenannten erkrankten und gestorbenen Tagelöhners gegenüber. Der Berichterstatter bemerkt dazu: »Ein persönlicher Verkehr der Insassen beider Wohnungen hat nicht stattgefunden; der verstorbene Taglöhner hatte nicht an Diarrhöe gelitten, somit können Fäcalien als etwaige Ursprungsstätten des dritten Falles nicht angesehen werden.« Im Jahre 1881 beobachtete Dr. Roger einen Abortivtypbus beim Sohne des, wie oben beschrieben, im Jahre 1880 erkrankt gewesenen Privatiers.

Der geognostisch-topographischen Lage der Orte nach entfallen 15 Todesfälle auf Orte im Naabthal, direct an der Naab (Niederung und Gehänge), 12 im Vilsthal (Niederung an der Vils und Lautrach), 6 auf Orte auf den mit sandigem Lehmboden versehenen Höhen der Juraausläufer, 3 auf Orte mit Sandboden.

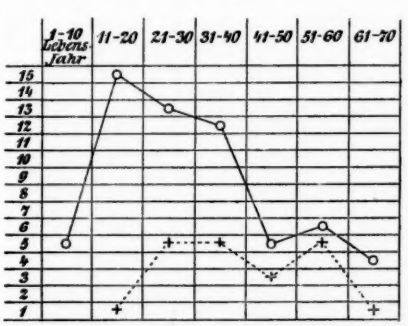
War nun der Ort Burglengenfeld in sehr langer Zeit bis auf einige sporadische Fälle von Typhus frei, so brach heuer von Mitte August an, nachdem im April, Mai und Juni je ein Fall zur Behandlung gekommen war, eine bedeutende Epidemie über das Städtchen herein. Das Centrum war Burglengenfeld. Es wurden im Jahre 1886 von mir und den übrigen Aerzten des Bezirks ärztlich behandelt: 60 Typhuskranke, dazu kommt noch eine Kranke, bei der ich erst einen Tag vor dem Todestage consultirt wurde. Ausserdem sind mir noch hier 6 Fälle bekannt geworden, die nach den Nachkrankheiten und dem beschriebenen Verlauf der Krankheit und der Oertlichkeit zu schliessen unzweifelhaft an Typhus erkrankt gewesen waren, aber nicht ärztlich behandelt wurden, jedoch genasen.

Um eine genaue Präcisirung des zeitlichen Auftretens der Krankheit zu erzielen, sei die Zeit während des jeweiligen Zuganges in Pentaden eingetheilt. Darnach ergiebt sich folgende Curve:



Wir sehen 2 grössere und 1 kleinere Erhebung. Es entspricht dieses Verhältniss so ziemlich dem gewöhnlichen Gange der Epidemien, die auch fast immer ein rasches Ansteigen, dann wieder Fallen und ein nochmaliges, jedoch nicht so bedeutendes Ansteigen erkennen lassen. Von den 51 ausserhalb eines Krankenhauses Behandelten starben 17 = 33 Proc., von 9 in Spitälern Verpflegten starben 3 = 33 Proc. Seit 26. Decbr. hörte aller Zugang von Typhuskranken auf. Vielfältige Gastricismen wurden im gleichen Zeitraume beobachtet. Von den 7 zur Kenntniss gekommenen, aber nicht ärztlich behandelten Fällen ging nur 1 = 14,28 Proc. mit Tod ab, trotz der ungünstigsten Verhältnisse in Wohnung, Pflege und Ernährung bei allen diesen Erkrankten.

Dem Geschlecht nach vertheilen sich die 60 behandelten Fälle auf 30 männliche und 30 weibliche Personen; von den ersteren starben 8 = 26,6 Proc., von den letzteren 12 = 40 Proc. Dem Alter nach standen die Erkrankten im 6. bis 67. Lebensjahre, wie folgende Curventafel zeigt:



o— Zahl d. Erkrankten. + ··· Zahl d. Gestorbenen.

Häufig waren 2 Erkrankungen in einem Hause, zweimal 3 und einmal 4 in einem Hause. Der Oertlichkeit nach kamen wieder wie in früheren Jahrgängen die meisten Erkrankungen in der Naabniederung, dann im tiefen Vilsthal, weiter an sumpfig gelegenen Orten und auf den

unreinlichen Gehöften der Juraausläufer zur Beobachtung; in Orten der Keupersandgegend zwischen dem Tieflande und dem Urgebirge finden sich immer nur sporadische, verschleppte Fälle. Auf die Stadt Burglengenfeld treffen 44 ärztlich behandelte Fälle links der Naab und nur ein Fall auf die rechts der Naab gelegene Vorstadt mit 625 Seelen, während die Stadt 2577 Seelen zählt. Somit erkrankten, wenn man noch 7 nicht ärztlich Behandelte, jedoch unzweifelhaft an Typhus Leidende dazuzählt, 51 = 1,98 Procent der Bevölkerung der eigentlichen Stadt. Von den 44 ärztlich Behandelten starben 14 = 31,81 Proc. der Erkrankten (0,58 Proc. der Bevölkerung); bei 128 Gestorbenen der Stadt Burglengenfeld (ohne Todtgeborene) = 10,85 Proc. der Gesammtsterblichkeit der Stadt. Die Dauer der Einzelerkrankungen vom Beginn des Unwohlseins bis zur Genesung schwankte von 3—7 (auch 8) Wochen. Der Tod erfolgte meist in der 2. und 3. Woche, zweimal in der 6., einmal in der 1. Woche. Schwere Complicationen waren häufig.

Die Erkrankungen, wo mehrere in einem Hause oder in nächster Nachbarschaft stattfanden, erfolgten am 14. Tage, 3, 4, 5 und 6 Wochen nach der ersten Erkrankung, manche zu gleicher Zeit. Der längste Zwischenraum zwischen Erkrankung des einen Familienangehörigen und des anderen betrug 9 Wochen.

(Schluss folgt.)

Festrede zu Franz Reisinger's hundertjährigem Geburtstage.

Gesprochen von Dr. *Franz Seitz*, o. ö. Professor, im Reisingerianum am 16. Mai 1887.

(Schluss.)

Im Jahr 1824 gab er »Bayerische Annalen für Abhandlungen, Erfindungen und Beobachtungen aus dem Gebiete der Chirurgie, Augenheilkunde und Geburtshilfe«, Ersten Bandes 1 Stück mit 4 Kupfertafeln, Sulzbach, 8. 232 S., heraus. In der Vorrede zu denselben vom Februar 1824 sagt er, dass er mit denselben einen Beitrag zu einer selbständigen und originellen Entwickelung dieser Theile der Heilkunde, nachdem sie in einer vorausgegangenen Periode nur als ein Abbild der französischen und englischen Leistungen erschienen wären, beabsichtige. Die Annalen wie die früheren literarischen Veröffentlichungen R.'s legen Zeugniss davon ab, dass er in der Chirurgie und Augenheilkunde auf der Höhe der Entwicklung stand, welche die beiden Disciplinen in den ersten Decennien dieses Jahrhunderts erreicht hatten. Wohl wird man bei der Durchsicht derselben die grossen Fortschritte wahrnehmen, welche die Augenheilkunde seit Erfindung des Augenspiegels und die Chirurgie seit der Anwendung des Chloroforms und der Einführung der Antiseptik durch Lister gemacht hat. In seinen Lehrvorträgen wie am Krankenbett folgte er seinem ersten Lehrer v. Walther. Er machte wie dieser in Behandlung der Entzündung und der Wunden ausgedehnten Gebrauch von der Kälte und mässigen Blutentziehungen und trug in seiner operativen Thätigkeit der conservativen Richtung volle Rechnung.

Von den Annalen erschien nur ein Band. An ihrer Fortsetzung wurde der Herausgeber, wie er auf der letzten Seite desselben in der Danksagung an seine Mitarbeiter bekannt giebt, durch seine Versetzung als Professor der Geburtshilfe nach Erlangen gehindert. Dort wie in der ersten in denselben enthaltenen Abhandlung über das Wirken der chirurgischen Lehranstalt an der Universität zu Landshut, in der er auch für die Jetztzeit noch beachtenswerthe Rathschläge über die medicinische Lehrmethode giebt, beklagt er sich über die Schwierigkeiten und die Hemmnisse, welche er bei Ausübung seines Berufs, den er mit grösster Freudigkeit angetreten, von Seite mehrerer älteren Facultätsmitglieder gefunden hat. War er ja schon gegen den Willen derselben zum Professor ernannt worden. Walther, der nach dem üblichen Vorgehen bei Vacaturen in Folge von Berufungen die erste Stimme bei dem Vorschlag seines Nachfolgers hatte, sprach die Ueberzeugung aus, dass Reisinger für die Professur der Chirurgie vorzüglich geeignet sei. Von der Mehrheit der Facultät aber war der Medicinalrath Nepomuk Ringseis in München für die erledigte Professur in Vorschlag gebracht worden. Dieselbe und namentlich ihr Senior Andreas Röschlaub hatte für die von dem neuernannten Chirurgen vertretene Richtung auf praktische Ausbildung und die für dieselbe nothwendigen Hilfsmittel kein Verständniss. Kann man sich ja auch keinen grösseren Gegensatz denken, als den zwischen Reisinger's auf nüchterner Beobachtung und den Ergebnissen der pathologisch-anatomischen Forschung gegründeter naturwissenschaftlichen Methode und der speculativen Richtung, in der sein Collega Röschlaub während der verschiedenen Phasen seiner Lehr- und Schriftstellerlaufbahn befangen war. Früher der Begründer des unter dem Namen der »Erregungstheorie« bekannten, auf den Grundsätzen des Brownianismus beruhenden Systems, war er später in Landshut Anhänger der Naturphilosophie geworden, der er durch theosophische Träumereien einen mystischen Beigeschmack gab.

Bald nach dem Antritt seines Lehramtes hatte R. Veranlassung, sich über das Uebelwollen einiger älteren Collegen zu beklagen. Wiederholte Conflicte mit denselben, bei welchen einige jüngere Collegen, wie Joh. Andreas Buchner und die Juristen H. Bayer und Wening Ingenheim sowie der kgl. Ministerialcommissar v. Günther ihm zur Seite standen, wurden anfänglich von dem akademischen Senat geschlichtet, gelangten später aber zur Entscheidung an die höchste Stelle. Dieselbe rügte den unfreundlichen Geist, der die Facultät zu beherrschen schien, und wies die Bestreitung der Kosten für die von Reisinger angelegte Präparatensammlung aus Universitätsfonds an, munterte ihn auch zur Fortführung seiner Poliklinik auf. Als er unter dem 7. März 1822 zum Ordinarius ernannt wurde, weigerte sich die Facultät, ihn als ordentliches Mitglied anzuerkennen, und als er sich nach dem am 21. März desselben Jahres erfolgten Tode des Professors der Entbindungskunst J. N. Feiler erbot, für ihn die Vorlesungen über das erledigte Fach zu übernehmen, ging man so weit, ihn der Immoralität zu beschuldigen, die er durch sein die künstliche Frühgeburt empfehlendes Buch begangen haben sollte. Dem fortdauernden Kampf in der Facultät, der im Winter 1824 sich zur Unerträglichkeit gesteigert hatte, ein Ende zu machen, wurde Reisinger am 13. März durch königliches Decret als ordentlicher Professor der Entbindungskunde nach Erlangen versetzt und Röschlaub gleichzeitig temporär quiescirt. Reisinger's Gesuch um Belassung in seiner Stellung, in dem er ausführte, wie sehr diese Versetzung seinem Rufe als Professor der Chirurgie und Augenheilkunde nachtheilig sei und ihn durch die Entfernung von mehreren von ihm gegründeten Sammlungen und Anstalten, die er zu seinen literarischen Arbeiten benützen wollte, in der Fortsetzung derselben hindere, hatte der akademische Senat unterstützt. Derselbe bemerkte auch, dass die von dem Bittsteller gegründete und unterhaltene Poliklinik für arme Kranke grosse Wohlthaten gewährte und dass deren mit der Entfernung ihres Vorstandes wahrscheinliches Aufhören auch für den Unterricht zu bedauern wäre. Es blieb erfolglos, doch wurde ihm durch ein königliches Rescript vom 24. April 1824 »zum Beweise des wohlgefälligen Anerkenntnisses seiner in Landshut bewiesenen gemeinnützigen Thätigkeit taxfrei der Charakter eines Hofrathes verliehen.« Eine weitere Genugthuung ward ihm im folgenden Jahre durch den Vorschlag der medicinischen Facultät und des akademischen Senats zu Erlangen, ihm den durch den Tod des berühmten Chirurgen Bernhard Schreger erledigten Lehrstuhl der Chirurgie zu übergeben, welchem Antrag auch König Ludwig I. durch ein

Rescript vom 11. November 1825 stattgab. Reisinger's frühere rüstige Gesundheit war aber durch seine unerwartete Versetzung und die Misshelligkeiten, die ihr vorausgegangen waren, erschüttert. Reisinger erklärte in einer Eingabe vom 3. December sich körperlich ausser Stand, dem ehrenvollen Rufe zu folgen und bat, nachdem er früher schon für ein Semester in Ruhestand versetzt worden war, um dauernde Quiescenz, die ihm unterm 28. August 1826 auch bewilligt wurde. Gewiss ist es zu beklagen, dass Reisinger's Lehrthätigkeit, in der er nach dem Zeugniss seiner Schüler Bedeutendes geleistet hat, so bald zu Ende ging. Wir dürfen aber nicht verschweigen, dass an den fortdauernden Zerwürfnissen mit seinen Collegen, welche zu dem bedauerlichen, frühzeitigen Abschluss seiner Lehrthätigkeit führten, sein zuweilen etwas schroffes Vorgehen mit Schuld trug. Im Bewusstsein, das Gute zu wollen, war er gewohnt, immer geraden Weg auf sein Ziel loszugehen.

Reisinger hatte sich nach seiner Versetzung in den Ruhestand nach Augsburg, wo seine Mutter noch lebte, begeben. Dort erlangte er mit der Wiederherstellung seiner Gesundheit bald einen ausgedehnten ärztlichen Wirkungskreis. Vereinigte er ja in seiner Persönlichkeit viele Eigenschaften, welche das Vertrauen, das er als Arzt in allen Kreisen der dortigen Bevölkerung genossen hat, gewinnen mussten. Schon seine äussere Erscheinung machte einen imponirenden Eindruck. Damals erst 37 Jahre alt, war er ein Mann von hoher kräftiger Gestalt mit gross und frei geschnittenen Gesichtszügen, einer hochgewölbten Stirne, unter ihr leuchtenden blauen Augen, grosser, gebogener Nase und ausdrucksvollem Mund, wie sie Meister Zumbusch nach einem lithographirten Portrait gemeisselt hat. In seiner Haltung sprach sich ein gewisser Adel, in seinen Bewegungen Energie und ruhige Sicherheit, im Verkehr mit Kranken wohlthuende Theilnahme aus. War ihm schon von Landshut her ein grosser Ruf ärztlicher Tüchtigkeit vorausgegangen, so wuchs dieser täglich, seit ihm der Magistrat in Augsburg zuerst die Stelle des Oberwundarztes und im Jahre 1831 das Directorium des Krankenhauses und damit ein weites Feld für seine Thätigkeit als Arzt und Operateur übergeben hatte. In der alten Reichsstadt kam seine Persönlichkeit bald zu voller Geltung. War diese Perle des Schwabenlandes ja seit der Zeit des Auflebens der Kunst und Wissenschaft im deutschen Reich beiden gleich förderlich. Wie sie die Heimath grosser Meister in der Malerei und Architektur, eines Hans Burkmair, Holbein des Aelteren und Elias Holl war, so lebten in ihr auch eine Reihe von Aerzten, deren Namen eine ehrenvolle Stelle in der Geschichte der Medicin einnehmen. Raimund Minderer, Philipp Höchstetter, Hieronymus Welsch und Lucas Schroeck waren im 16., 17. und 18. Jahrhundert Zierden des Collegium Medicum Augustanum, dessen Gutachten bei herrschenden Volkskrankheiten und hygienischen Fragen im ganzen Reich gehört wurden. Die hervorragende Stellung und das Ansehen, das die genannten Aerzte in früheren Jahrhunderten in Augsburg genossen haben, errang sich Reisinger in der ersten Hälfte des laufenden. Auf Grund einstimmigen Beschlusses ward ihm im Jahre 1852 von den Gemeinde-Collegien das Ehrenbürgerrecht verliehen. In der dabei ausgestellten Urkunde wird anerkannt, »dass sein Besitz jeder Stadt zur Ehre gereichen würde, dass derselbe der Stadt Augsburg seit mehr als einem Vierteljahrhundert mit eigener Aufopferung seine eben so ausgezeichneten als erspriesslichen Dienste widmete, als Director des Krankenhauses und mit derselben uneigennützigen Hingebung eine Reihe von wohlthätigen Instituten ins Leben rief, welche seinen Namen der späten Nachwelt verkünden werden und wodurch er ein wahrer Wohlthäter der Stadt Augsburg wurde«. Zwei Jahre früher war er durch den erhabenen Freund und grossmüthigen Schirmherrn der Wissenschaft und Kunst König Max II. durch das Ritterkreuz des Verdienstordens vom hl. Michael ausgezeichnet worden.

In Augsburg bestanden gut von reichen Patricierfamilien dotirte Stiftungen aus früheren Jahrhunderten. Reisinger gründete eine Anzahl neuer, für die er auf dem Wege seiner ärztlichen Praxis ein Bedürfniss erkannt hatte, so eine ambulatorische Krankenanstalt für Hausarme, eine Augenheilanstalt für Kranke vom Lande, eine Bruchbandanstalt, eine Anstalt zur Verhütung des Brustkrebses und eine ambulatorische Krankenanstalt für kleine Kinder.

Für Errichtung der letztgenannten Anstalt gab ihm die grosse Kindersterblichkeit, in welcher vorzüglich die hohe Mortalitätsziffer Augsburgs und Münchens wie anderer am Nordabhang der Alpen gelegenen Städte im Vergleich zu denen der Grossstädte in Mittel- und Norddeutschland ihre Ursache findet, Veranlassung. Diesem Missstande suchte er weiter durch einen Verein zur Beförderung des Stillens durch Unterstützung armer Wöchnerinnen und eine Bewahranstalt für Säuglinge abzuhelfen.

Seine Opferwilligkeit beschränkte sich nicht auf Krankenanstalten allein. Vom Geiste echter Humanität und Begeisterung für alles Gute und Schöne erfüllt, nahm er Theil an allen gemeinnützigen Uuternehmungen, besonders wenn es die Förderung der schönen Künste und der Musik galt. Er genoss darum nicht nur die Verehrung sondern auch die Liebe vieler seiner Mitbürger und vor allem seiner Collegen. Sein Beirath ward von diesen in schweren Krankheitsfällen vielfach gesucht und ward nie auch bei unbemittelten verweigert. Er wohnte mit seiner Mutter zusammen, der er ein guter Sohn war, und machte ein Haus, in dem man gerne Gäste sah. Musikalische Abende vereinigten alle Wochen in demselben eine auserlesene Gesellschaft mit den besten musikalischen Kräften Augsburgs.

Auch im höhern Alter setzte er seine gewohnte ihm lieb gewordene Thätigkeit im Spitale wie in der Privatpraxis fort, zuletzt noch während der schweren Choleraepidemie, von der Augsburg und München im Jahre 1854/55 heimgesucht wurden. Nach dem Erlöschen derselben ward er im Monat April 1855 von einem typhösen Fieber befallen, dem er am 14. Tage der Krankheit, am 20. April erlag. (Aerztliches Intelligenzblatt Jahrg. 1855, Nr. 17, S. 203.)

Schon in den ersten Tagen seiner Krankheit hatte er seinen besten Freund den mehrgenannten ausgezeichneten Rechtslehrer H. Bayer von München nach Augsburg gerufen als Beirath bei Abfassung seines Testamentes. In dieser am 9. April geschriebenen letztwilligen Verfügung setzte Reisinger unsere Universität zum alleinigen Erben seines ganzen Vermögens, das nach Abzug der besondern Vermächtnisse, welche 75000 Gulden entzifferten und vorzugsweise den von ihm in Augsburg gegründeten wohlthätigen Stiftungen zugewendet wurden, beiläufig 300000 Gulden betrug. Dieses Vermögen sollte zur Organisirung und Unterhaltung einer praktischen Bildungsanstalt für Aerzte verwendet werden, für deren Einrichtung und Führung er noch besondere Bestimmung gab. Für das Institut und die Ausführung seiner Intentionen in demselben erachtete er einen Bau für nothwendig, der aber weder ganz noch zum Theile aus dem Stiftungscapitale, sondern aus den zurückgelegten Zinsen desselben hergestellt werden sollte. Wenn es noch eines Beweises bedurft hätte, dass der Verstorbene eine edle, gross angelegte Natur war, so lieferte ihn sein letzter Wille. Bei einem Rückblicke auf sein Leben in den letzten Tagen desselben konnte ihm die Zeit seiner vielfach gehemmten Lehrthätigkeit wohl nicht in rosigem Lichte erscheinen und doch vermachte er die Frucht der Arbeit seines ganzen Lebens der Universität, an der er dieselbe ausgeübt hat. Er wollte sie dem Fache, in welchem er thätig war, der praktischen Ausbildung in der Medicin durch

Gründung eines Institus mit reichen Mitteln, wie er ein solches in der Poliklinik in Landshut errichtet hat, zuwenden. Angesichts der in dem Testamente enthaltenen Bestimmungen über die Einrichtung der von dem Erblasser vorgesehenen Lehranstalt wurde von der medicinischen Facultät in ihrem an die höchste Stelle abgegebenen Gutachten für die Ausführung des Testamentes die Erweiterung der schon bestehenden Universitäts-Poliklinik vorgeschlagen. Mir, dem Vorstande derselben und damaligen Rector unserer Hochschule ward von der Facultät die Ausarbeitung des Programms für das nach dem Stifter genannte Institut übertragen, welches, nachdem durch Admassirung der Zinsen des Capitals im Jahre 1861 der Bau dieses Hauses begonnen werden konnte, im Jahre 1863 eröffnet wurde.

Nach nahezu 25 jährigem Bestehen desselben dürfte ein kurzer Rückblick auf das, was in demselben seitdem geleistet wurde, heute am Platze sein. Seit der Eröffnung der in eine medicinische, chirurgische, pädiatrische, geburtshilfliche und gynäcologische Poliklinik getheilten Anstalt haben an derselben zwölf klinische Lehrer, theils Professoren, theils Privatdocenten, in ungetrübter Eintracht gewirkt, und ausserdem zahlreiche Docenten in den vor zwei Jahren entsprechend der zunehmenden Frequenz der Studierenden der Medicin erweiterten Räumen Vorlesungen und Curse gehalten. Tausende von angehenden Aerzten aus dem In- und Ausland haben in demselben, dem wohl keine andere Poliklinik an Zweckmässigkeit der Einrichtung wie Reichthum des Lehrstoffs gleichkommt, die Gelegenheit zu selbständiger Ausbildung unter der Leitung erfahrener Lehrer benützt. Seit dem Bestehen des Instituts sind in demselben über 258000 Kranke behandelt worden, von welchen die meisten unentgeltlich mit Arzneimitteln und Verband versehen, ein Theil auch für längere Zeit in den Krankenzimmern gepflegt wurde.

Mit freudiger Genugthuung sprechen wir heute der hohen Staatsregierung, die wachsam über den Vollzug des Willens des Stifters dem von ihm gegründeten Institut allezeit wohlwollende Fürsorge gewidmet hat, unterthänigen Dank aus. Gebührenden Dank sagen wir auch den Gemeindebehörden der bayerischen Hauptstadt, die seit dem 45 jährigen Bestehen der Universitäts-Poliklinik im richtigen Verständniss der humanitären Bedeutung derselben ihre Interessen förderten.

Zum Schlusse geben wir noch der zuversichtlichen Hoffnung Ausdruck, dass das Wort, welches unsere Universität an dem heute bekränzten Denkmale Franz Reisingers ausgesprochen hat, dass Aerzte, welche Belehrung, und Leidende, welche Hilfe von dieser Anstalt empfangen, das Andenken an den edeln Stifter derselben mit Dankbarkeit bewahren werden, sich erfüllen, und sein Name im Gedächtniss der spätesten Nachwelt gesegnet fortleben werde.

Referate und Bücher-Anzeigen.

v. Linstow: Ueber den Zwischenwirth von Ascaris lumbricoides. Zoologischer Anzeiger, herausgeg. von Carus. IX. Jahrg. 1886. Nr. 231.

Verfasser stellt auf Grund von Versuchen, die allerdings noch nicht als abschliessend zu betrachten sind, den Entwicklungsgang des menschlichen Spulwurmes folgendermassen dar:

Die Eier von Ascaris lumbricoides gelangen massenhaft — ein Weibchen soll jährlich 60 Millionen produciren — mit den menschlichen Excrementen in die Abtrittgruben und werden aus diesen bei der Düngung auf Felder und Gärten gebracht; während des Sommers entwickeln sie den Embryo und werden von Julus guttulatus (einer Asselart) gefressen, in dessen Darm die Eischale aufgelöst wird, worauf sich der freigewordene Embryo durch die Darmwand in die Leibeshöhle bohren dürfte. Die kleine Assel frisst sich nun in gelbe Wurzeln (Mohrrüben), Erdbeeren und Fallobst aller Art hinein, — Feld- und Gartenerzeugnisse, die besonders gern und oft von Kindern genossen werden, und zwar haben diejenigen des Landes und der kleineren Orte zum Genuss derselben weit mehr Gelegenheit als die der Grossstädte. — Julus guttulatus in den Magen gebracht wird sofort sterben, da es ein zartes Thierchen ist, das an der kleinsten Verletzung schnell eingeht.

Derselbe bildet die kleinste fadenförmige Art der Ordnung der Myriapoden, ist blassbraun von Farbe, mit einer doppelten Reihe rother Flecken längs des Rückens, kommt überall in Feldern und Gärten vor — manchmal so massenhaft, dass er Schaden anrichtet, indem er die in die Erde gelegten Sämereien (Erbsen, Bohnen), ferner Rüben, Wurzeln, abgefallenes Obst und namentlich Erdbeeren benagt, in welchen oft mehrere Exemplare gleichzeitig gefunden werden.

Dieses Thier und der nahe verwandte Polydesmus complanatus haben die Eigenschaft, Eier von Ascaris lumbricoides, die längere Zeit in Wasser oder feuchter Erde gelegen haben, mit Begierde zu fressen. Die Eischale wird dann im Darme gelöst.

Das Freiwerden des Embryo im Darm und das wahrscheinliche Durchbohren desselben aus dem Darmlumen in die Leibeshöhle hat Verfasser nicht beobachten können, da er nicht gleichzeitig Eier und völlig entwickelten Embryo und lebende Asseln erlangen konnte und muss er daher noch den vollen Experimentalbeweis für den geschilderten Entwicklungsgang, den er einstweilen für den wahrscheinlichen hält, schuldig bleiben.

Bollinger.

C. Tommasi-Crudeli: Preservazione dell' uomo nei paesi di Malaria. Rendiconti della R. Accademia dei Lincei. Classe di scienze fisiche, mat. e nat. Vol. III., fasc. 7°. Seduta del 3 aprile 1887.

Die Bemühungen des ausgezeichneten italienischen Hygienikers um die prophylaktische Arsenik-Behandlung gegen Malaria sind den Lesern dieser Wochenschrift bereits bekannt. Die gegenwärtige Mittheilung Tommasi-Crudeli's an die Akademie zu Rom bringt in dieser Beziehung wieder einige interessante Einzelheiten.

General Gené hatte vorgeschlagen, diese prophylaktische Behandlungsweise bei den Truppen in Massauah anzuwenden. Die Militärärzte weigerten sich jedoch, dem Folge zu leisten, weil nach ihrer Meinung der Gebrauch des Arseniks in tropischen Klimaten gefährlich werden könne. Hiegegen wird nun angeführt, dass die am Congo gemachten Erfahrungen gerade das Gegentheil beweisen. Dr. Leslie, der zwei Jahre als Gouvernementsarzt im Congo-Freistaat diente, hat dort die von Tommasi-Crudeli vorgeschlagene Cur während dieser ganzen Zeit ohne irgend welche nachtheilige Wirkungen zur Anwendung gebracht. Da in jenen Gegenden die Malaria fast in allen Jahreszeiten herrscht, wurde eine periodenweise sechs wöchentliche Arsenbehandlung mit einer freien Zwischenzeit von jeweils 14 Tagen eingehalten. Leslie berichtet, er kenne keinen Fall, bei dem diese Cur regelmässig zur Anwendung kam (vom Generaladministrator des Staates Sir Francis de Winten bis herab zum einfachsten Colonisten), der von mehreren Fiebern befallen worden sei. Nur leichtere Fieber kamen bei einigen weniger Widerstandsfähigen vor, die aber durch Chinin rasch beseitigt wurden. [Aus anderweitigen Erfahrungen ist bekannt, dass Arsen- und Chininwirkung bei Malarien sich in günstiger Weise addiren. Ref.]

Auf Grund dieser guten Resultate beabsichtigte Leslie, die gleiche Behandlungsweise bei dem Personal der zum Entsatz von Emin Bey abgesendeten Stanley-Expedition anzuwenden, musste jedoch, da er nicht selbst theilnehmen konnte, die bezüglichen Instructionen durch Vermittlung Stanley's an Dr. Parker, dem Arzt der Expedition, übergeben. Man darf somit hoffen, dass hier ein entscheidendes Experiment zu Stande kommen wird.

Im gemässigten Klima, wo die Malaria nur in einem Theile des Jahres herrscht, sind die Schwierigkeiten solcher Versuche bedeutend geringer. In Folge der neueren in Italien gemachten Erfahrungen ist das Zutrauen zu dem Verfahren ein wachsendes.

»In den toscanischen Maremmen, in der römischen Campagna und in vielen Malariagegenden Apuliens, Calabriens und Siciliens beginnt die prophylaktische Arsenbehandlung bereits populär zu werden. Dieselbe ist auch in einigen Malariagebieten der Vereinigten Staaten von Amerika eingeführt.«

Tommasi-Crudeli fügt hinzu, je mehr im Laufe der Jahre die Ueberzeugung bei ihm gewachsen sei, dass Sümpfe nicht die einzige Ursache für Malaria sind und dass es nicht genügt, einen Ort von seinen Sümpfen zu befreien, um ihn auch gesund zu machen, umsomehr scheine ihm die individuelle Prophylaxis an Wichtigkeit zuzunehmen. [Ref. bemerkt hiezu, dass bei der Kais. Deutschen Marine schon im Beginn des vorigen Jahres die prophylaktische Arsenbehandlung bei Landung in Malariagebieten zur versuchsweisen Einführung gelangt ist.]

H. Buchner.

E. Issmer: Zwei Hauptmerkmale der Reife Neugeborener und deren physiologische Schwankungen. Archiv für Gynäkologie, Bd. XXX, Heft 2.

In vorliegender, überaus fleissiger Arbeit bespricht Verf. die Schwankungen der Länge und des Gewichts ausgetragener neugeborener Kinder an der Hand des sehr grossen Materials von 12303 Geburten aus dem Dresdener Entbindungsinstitute. Aus den bei 7612 rechtzeitigen Entbindungen gewonnenen Messungs- und Wägungs-Resultaten kommt Verf. zunächst zu dem Schluss, dass die Länge eine viermal grössere Constanz besitzt als das Gewicht und zur Beurtheilung der Reife eines Kindes also ungleich wichtiger ist als das letztere. Weiter geht aus dieser Zusammenstellung hervor, dass die todtgeborenen Kinder im Verhältniss zum Gewicht eine durchschnittlich grössere Länge aufzuweisen haben, und zwar beträgt diese Differenz gegenüber lebend geborenen Kindern gleichen Gewichts $^1/_2$—1 cm. Der mangelnde Muskeltonus, die Schlaffheit der Gelenkbänder, besonders aber die Häufigkeit operativer Entwicklung todtgeborner Kinder bei beträchtlichen Widerständen im Geburtscanal und mit forcirtem Zug werden als Erklärung dieser Beobachtung angeführt.

Unter den Momenten, welche die Grösse der Kinder besonders beeinflussen, werden das Geschlecht und die Zahl der vorausgegangenen Schwangerschaften zunächst angeführt und erörtert.

Die durchschnittliche Länge des ausgetragenen Kindes beträgt nach I.'s Ergebnissen 50,3 cm, das Gewicht 3267 g, und zwar für Knaben 50,6 cm und 3320 g, für Mädchen 50 cm und 3214 g. Dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern bleibt in Bezug auf die Länge durch alle Schwangerschaften ziemlich constant, in Bezug auf das Gewicht jedoch zeigen sich beträchtlichere Schwankungen, jedoch sind auch die Gewichtswerthe der Knaben in jeder Schwangerschaft höher als die der Mädchen; eine constante Proportionalität zwischen Länge und Gewicht zeigte sich also nicht, wohl aber ein häufiges Uebereinstimmen in den einzelnen Abweichungen.

In Bezug auf das zweite beeinflussende Moment — die Zahl der vorausgegangenen Schwangerschaften — ergiebt sich aus Issmer's Berechnungen eine durchschnittliche Längenzunahme von 0,516 cm bei Mehrgeburten gegenüber Erstgebornen, und zwar für Knaben durchschnittlich 0,788, für Mädchen 0,243 cm. Die Grenzwerthe, innerhalb deren sich diese Uuterschiede bewegen, sind nicht weit auseinander liegend, wogegen das Gewicht, das ebenfalls für spätere Schwangerschaften eine Zunahme zeigt, weit grössere Schwankungen aufweist. Die Zunahme ist beim männlichen Geschlecht eine grössere als beim weiblichen. Die Acme der Zunahme von Länge und Gewicht zeigt die neunte Schwangerschaft, nach welcher die Werthe etwas zurückgehen, ohne jedoch auf die Werthe der erstgeborenen Kinder herabzusteigen. Analog dieser Zunahme der Entwicklung der Kinder fand Verf. die wiederholten Geburten mehr mit Operationen belastet als die früheren und demgemäss bei den späteren Entbindungen mehr Todtgeburten als bei den ersten.

An diese Angaben schliessen sich Erwägungen über den Einfluss des Alters der Mutter auf die Entwicklung und auf das Geschlecht des Kindes. Ohne auf die näheren Ausführungen des Verfassers einzugehen, soll hier auf das interessante rechnerische Resultat hingewiesen werden, »dass junge Mütter, d. h. solche, welche in früherem als dem Prädilectionsalter zur Entbindung gelangen, häufiger Knaben gebären, und umgekehrt solche Mütter, welche das betreffende Alter erreicht oder vor Kurzem zurückgelegt haben, öfters von Mädchen entbunden werden.« Auch bei der Beeinflussung der Entwicklung des Kindes durch das Alter der Mutter zeigt sich die Länge viel constanter als das Gewicht. Bemerkenswerth ist, dass der Zeitpunkt der höchsten Entwicklung der Frucht in einer bestimmten Schwangerschaft nicht in das mütterliche Prädilectionsjahr für die betreffende Schwangerschaft fällt, sondern in ein weiter vorgerücktes Jahr, dass also die ausgetragenen Kinder von jüngeren Müttern eine verhältnissmässig geringere Entwickelung zeigen als diejenigen von älteren Müttern. Diese Thatsache zeigt sich von Einfluss für die Prognose des Geburtsverlaufes in Bezug auf Mutter und Kind, indem die relativ niedrigste Ziffer an Geburtscomplicationen genau auf das mütterliche Prädilectionsalter für die betreffende Schwangerschaft trifft; ist dieses Prädilectionsalter überschritten, so mehren sich die Geburtscomplicationen und die Prognose wird weniger günstig.

Endlich wird noch auf die Grösse der Mutter, die Volksrace und die socialen Verhältnisse der Eltern als die Entwicklung der Kinder beeinflussende Momente hingewiesen, jedoch vermag Verf. in dieser Richtung kein eigenes Beobachtungsmaterial vorzubringen.

Von Interesse ist die Erklärung, welche Verf. am Schlusse seiner Arbeit für die Schwankungen in der Entwicklung der Kinder zu geben versucht. Da Verf. aus direct angestellten Versuchen eine Uebereinstimmung der Grössen- und Massenentwicklung des Kindes mit der Massenentwicklung seines Ernährungsorgans — der Placenta — beobachtet hat, so lag es für ihn sehr nahe, die Entwicklung der Placenta als ursächliches Moment für den Entwickelungsgrad des Kindes anzusehen. Die Grösse der Decidua serotina kann nun abhängen von der Grösse des Eies selbst, ferner von der Schnelligkeit des Wachsthums desselben (vielleicht bei männlichen Früchten?) und von einer Beschaffenheit der Uterus-Schleimhaut, welche eine breitere Insertion des Eies begünstigt und wie sie sich bei älteren und mehrmals entbundenen Frauen in Form einer stärkeren Faltung und Wulstung vorfindet. Auch der geringere Widerstand, welchen die Uteruswandung nach mehrfach wiederholten Entbindungen und Involutionen dem wachsenden Ei entgegensetzt, könnte für die primäre grössere Entwicklung der Decidua serotina und die secundäre stärkere Entwicklung der Frucht von Einfluss sein. Auf dieser Basis würden sich eine Reihe bisher nicht gedeuteter Beobachtungen erklären lassen, und wir können angesichts dieser wenn auch vorläufig noch hypothetischen Ergebnisse dem Verf. nicht genug dankbar sein für die äusserst umsichtige Behandlung und dle allseitige Verwerthung des ihm von Herrn Geheim rath Winckel zur Verfügung gestellten grossen statistischen Materials.

Stumpf.

M. Ihle: Die neueste Form meines Suspensoriums. Monatshefte f. prakt. Dermatol. 1887. 4.

An einem horizontal über die Hüftknochen verlaufenden breiten und starken Leibgurt, welcher an der Vorderseite wie an der Rückseite in der Mitte einen Gummigurteinsatz enthält, wodurch genügende Elasticität erzielt wird, und welcher durch zwei seitlich angebrachte Klemmschnallen ebensowohl für corpulente als für schlanke Personen adaptirt werden kann, sind die vorderen und hinteren Tragbänder des eigentlichen Suspensoriums in der Weise verstellbar zu befestigen, dass die von hinten nach vorn verlaufenden Bänder nahe der vorderen Medianlinie des Leibgurts, dagegen die am vorderen oberen Theile des Beutels entspringenden Bänder nahe der hinteren Medianlinie ihren Fixationspunkt haben, so dass die hinteren und vorderen Bänder sich beiderseits über den Hüftknochen kreuzen. Die vorderen wie die hinteren Tragbänder sind aus Gummistoff gefertigt, die Fixation am Leibgurt geschieht vermittelst aufgenähter Oesen und Carabinerhaken, und ist darauf zu achten, dass die vorderen Tragbänder immer zuerst am Gurt befestigt

und etwas stärker als die hinteren angezogen werden. Der Beutel selbst trägt eine elastische Umsäumung; dadurch wird ein festerer Anschluss an den Hodensack erzielt ohne Unbequemlichkeit, da durch die veränderte Construction ein seitlicher Druck absolut vermieden wird. Betreffs der Langlebert'schen Spannsuspensorien, welche übrigens genau in derselben Weise umgestaltet worden sind, ist noch einer Verbesserung Erwähnung zu thun. Dadurch, dass der Beutel direct aus Gummizeug angefertigt wurde, fällt das leicht verschiebliche und die Watteschicht nur unvollkommen umhüllende Zwischenstück weg. Ref. hat sich von der Zweckmässigkeit der zum Theil schon früher publicirten Verbesserungen Ihle's mehrfach überzeugt, und können diese, bei O. Möcke, Leipzig, Schillerstrasse, vorräthigen Suspensorien warm empfohlen werden. Kopp.

K. Schadeck (Kiew), **Innerliche Anwendung des Hydrargyrum carbolicum oxydatum bei Syphilis.** Monatshefte f. prakt. Dermatol. 1887. 5.

Dieses neue Präparat, dessen chemische Darstellung im Original nachzusehen ist, wurde vom Verfasser seit Juli vergangenen Jahres in der ambulanten Praxis zum innerlichen Gebrauche verordnet, und war derselbe von den therapeutischen Erfolgen sehr befriedigt. Untersuchungen des Harns, die rasche Involution maculöser und papulöser Syphilide, sowie gelegentlich auftretende Stomatitis beweisen die rasche Hg-Resorption zur Genüge. Behandelt wurden 19 Recidivformen, 16 Fälle recenter Syphilis, 12 mal wurde das Mittel als Nachcur nach einem Frictions- oder Injectionscyklus verwandt.

Die Formel lautet:

Rp. Hydrarg. carbol. oxydat. 1,2
Extract. et pulv. Liquir. 9,0
ut f. massa ex qua form.
pil. N. 60.
Obduce Balsamo tolutano.

S. täglich 2—4 Pillen nach der Mahlzeit zu nehmen.

Der Hauptvorzug des Präparates liegt darin, dass es den Intestinaltractus gar nicht reizt, und von den Kranken auch bei längerem Gebrauche sehr gut vertragen wird. Kopp.

Fritz Kohler: Statistisches zur Lehre von den Ursachen des acuten Gelenkrheumatismus. Inauguraldissertation unter Geheimrath von Ziemssen's Präsidium. München 1887.

Kohler hat das Krankenmaterial der beiden städtischen Krankenhäuser Münchens in den Jahren 1878—85 benützt; die Gesammtsumme der an Gelenkrheumatismus Erkrankten während dieser 8 Jahre betrug 3553, eine Zahl, die einem Verhältnisse von 3,5 Proc. sämmtlicher zur Aufnahme gelangter Personen entspricht. Das Maximum der Zugänge trifft auf den Monat Mai mit 10,6 Proc., das Minimum auf September mit 5,7 Proc. Von besonderem Interesse erschien ein Vergleich des Krankenzuganges mit den Temperaturschwankungen und Niederschlagsmengen, die K. nach den Aufzeichnungen der meteorologischen Centralstation München zur Verfügung standen. Es zeigte sich, dass die Zahl der Rheumarthritiserkrankungen mit dem Steigen der Niederschlagsmenge und Temperatur steigt, mit deren Absinken fällt. Indess sind die Resultate zu ungleichmässige, um zu Schlüssen zu berechtigen, abgesehen davon, dass sie mit den Angaben Anderer (Hirsch, Edlefsen) in directem Widerspruch stehen.

Uebereinstimmend mit anderen Autoren fand K., dass die Disposition der Weiber zu acutem Gelenkrheumatismus eine bedeutend höhere ist als die der Männer; es treffen 46,6 Proc. auf das männliche, 68 Proc. auf das weibliche Geschlecht, ein Verhältniss, das sich auch aus der Standesliste der nämlichen Berufsart zeigt und um so schwerwiegender ist, als der Gesammtzugang der Weiber ein geringerer als der der Männer war.

Auch in Bezug auf das Alter fand K. gleiche Resultate wie frühere Forscher: Rapides Ansteigen vom 16. Lebensjahre an, namentlich beim weiblichen Geschlecht; constantes Absinken vom 25. Jahre ab, doch verlangsamter bei den Männern als bei den Weibern.

Bei Berücksichtigung der Berufsarten zeigte sich, dass Diejenigen besonders zum Gelenkrheumatismus disponirt erscheinen, welche durch häufigen Wechsel zwischen Arbeit im Freien und Haus, in der Kälte und Hitze ausgezeichnet sind. May.

A. Gottstein: Die Verwerthung der Bacteriologie in der klinischen Diagnostik. Berlin 1887. 8. 75 S.

In vorliegendem kleinen Werk stellt der Verf. zusammen, was von bacteriologischen Erfahrungen der letzten Jahre für die Diagnostik der Krankheiten bis jetzt nutzbar gemacht worden ist. Morphologie, Vorkommen, Verhalten unter dem Mikroskop und in der Cultur der einzelnen Krankheitserreger werden besprochen, die Methoden zum Nachweis der einzelnen pathogenen Mikroorganismen werden unter besonderer Berücksichtigung der bewährtesten und zuverlässigsten geschildert, die Tragweite des positiven und negativen Befundes für die Diagnose wird abgeschätzt. v. Noorden, Giessen.

Unger: Ueber multiple inselförmige Sklerose des Centralnervensystemes im Kindesalter. Wien 1887. 80 Seiten.

In der vorliegenden Arbeit hat es Verfasser unternommen uns ein klinisches Bild der multiplen Sklerose im Kindesalter ausführlich vorzuführen, es ist dies eine um so anerkennenswerthere Arbeit, als, wie Verf. in seiner Einleitung bemerkt, die Erkrankung bis jetzt in den gangbaren Lehrbüchern entweder gar nicht oder nur vorübergehend besprochen wurden.

Die Zahl der bis jetzt beobachteten Fälle von multipler Sklerose im Kindesalter ist eine sehr geringe und beträgt nach der Zusammenstellung des Verfassers 19, worunter nur ein Fall von Schüle (1871) in dem auch der Sectionsbefund vorliegt. Unger hat es versucht in einem eigenen Kapitel die bekannten Symptome der multiplen Sklerose Intentionszittern, die paretischen Erscheinungen, Schwindel, Monotonie der Stimme zu analysiren und ihnen eine anatomische Grundlage zu geben. Für ersteres neigt er zu der Ansicht, dass die Läsion der Pyramidenbahnen in ihrem Verlaufe durch den Stabkranz mit dem Zustandekommen des Intentionszitterns in Beziehung zu bringen sei. Die paretischen Erscheinungen führt er auf Localisirung der sklerotischen Herde in den vordern Seiten- und Hintersträngen zurück. Das Symptom der Nystagmus bringt er pathogenetisch in eine Kategorie mit dem Intentionszittern, bezüglich der näheren Details müssen wir auf das Original verweisen.

Als ätiologische Momente führt Verfasser neuropathische Belastung und vorausgegangene Krankheiten speciell Infectionskrankheiten an; Scharlach (2 Fälle), Keuchhusten (2 Fälle), Masern (1 Fall). Die Krankheit wurde vom 5. Lebensmonate ab in jedem Alter beobachtet.

Bezüglich der Prognose ist beachtenswerth, dass Verfasser in seiner Zusammenstellung 3 Fälle anführt, die ihren Ausgang in Heilung genommen haben, aus diesem Grund glaubt er der Erkrankung im kindlichen Lebensalter eine günstigere Prognose stellen zu dürfen als bei Erwachsenen.

Therapeutisch empfiehlt Verfasser hydropathische und galvanische Behandlung, innerlich Nitras Argenti, Jodkali und Brompräparate. Escherich.

Vereinswesen.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 25. Mai 1887.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Berichte über die Hungerversuche an Cetti.

Herr J. Munk: Ueber die Ausfuhr des Harnstoffs und der Aschebestandtheile durch den Harn Cetti's.

Herr Munk will nur die wichtigsten Punkte seiner Untersuchungen geben.

Die Curve der Harnstoffausscheidung fiel vom 1. bis 10. Hungertag ganz allmälig, von 29 g bis auf 20 g. Das ist abweichend vom Thierexperiment, wo die Harnstoffausscheidung an

den ersten 2—3 Tagen sehr gross ist, und dann auf einen niedrigen Werth sinkt, auf dem sie sich dann constant hält. Ursache hievon ist bekanntlich, dass sich erst das Circulationseiweiss zersetzt und dann das Organeiweiss, welches aber der Zersetzung viel mehr Widerstand leistet und zwar um so länger, je mehr Fett vorhanden ist, das als eiweisssparend wirkt.

Bei Cetti bewirkte sein Mangel an Fett, dass das Circulationseiweiss so verhältnissmässig schnell zerfiel; ferner trank er viel Wasser, hatte täglich gegen 90 g Urin; und es ist Thatsache, dass im Hunger reichliche Diurese den Eiweisszerfall befördert.

Die Aschebestandtheile verhielten sich ebenfalls etwas anders, als beim Thierversuch. Die Chlorausscheidung sank ganz allmälig von $5^1/_2$ auf $^3/_5$ g. Beim Hunde ist der Abfall viel schneller und die absolute Ziffer der Ausscheidung beträgt nach einigen Tagen nur noch wenige cg.

In der Norm ist das Verhältniss der Ausscheidung von Kalium zu Natrium wie 1 : 3. Hier bei Cetti fiel die Na-Ausscheidung dauernd und schliesslich stand $\frac{K}{Na} = \frac{3}{1}$, es hatte sich also das Verhältnis umgekehrt, ein Beweis, dass wirklich Hungerzustand vorlag, weil nur die stark kaliumhaltige Gewebe des Körpers zerfielen. Nach Beendigung des Versuchs stellte sich sofort das alte Verhältniss her, die absolute Menge beider Alkalien zusammen sank von $6^2/_3$ g auf $^3/_4$ g und noch am 2. Esstage betrug die Ausscheidung nur $1^1/_2$ g, ein Beweis, dass der an Alkali verarmte Körper die Alkalien zurückhielt.

Bei der Untersuchung auf Phosphorsäure hat sich die neue Thatsache ergeben, dass ein Abschmelzen des Knochengewebes stattfindet. Infolge dessen war die Ausscheidung von Kalk im Verhältniss zu Magnesia und von H_3PO_4 im Verhältniss zum Harnstoffe gegen die Norm beträchtlich verschoben. Die Thatsache, dass die Knochen des hungernden Thieres leichter werden, erhält also eine neue Beleuchtung durch den Nachweis, dass sich daran auch die anorganischen Bestandtheile wesentlich betheiligen.

Herr Fr. Müller. Faeces und Fäulnissproducte im Harn Cetti's.

Bei Fäulnissprocessen im Darm erscheinen im Urin Indol und Phenol. Das Indol verschwand fast augenblicklich beim Hunger, das Phenol aber vermehrt sich bis zur 7 fachen Menge des Normalen. Aehnlich die Aetherschwefelsäure. Es findet sich also auch beim hungernden Menschen Fäulniss im Darm. — Der neutrale Schwefel im Darm steigt in absoluter und relativer Menge, ebenso ganz enorm der Acetongehalt; es ist also letzteres als Symptom einer Inanition aufzufassen. — Der Harn enthielt reichliche Mengen Pepsin, stets Eiweiss, niemals Zucker. — Der Koth, Hungerkoth, bestand aus geformten, harten Massen, enthielt weder Fleischfasern noch andere Nahrungsreste, ist als Secretionsproduct des Darmes anzusehen. In den 220 g Koth waren 38,2 g Trockensubstanz. Darin war viel Fett und zwar verseifbares in Nadelform; von Gallenbestandtheilen Gallensäure und Hydrobilivubin.

Herr Virchow meint, dass das Fett in den Faeces wohl nach seinen Erfahrungen aus dem Knochenmark kommen könne, wo für gelbes Mark in Inanitionszuständen rothes Mark sich finde.

Herr Munk widerlegt einen Einwand des Herrn Zulzer, welcher die Phosphorausscheidung auf einen Zerfall des Gehirns zurückführen will.

Sitzung vom 8. Juni 1887.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Auf der Tagesordnung steht die Berathung und Beschlussfassung über die Frage der Wiedereinführung des Kurpfuschereiverbots. Es liegen folgende Anträge vor:

1) Seitens des Herrn Mendel:

Die Mitglieder der Berliner medicinischen Gesellschaft und die Mitglieder der im Bezirksausschuss vertretenen 8 ärztlichen Bezirksvereine Berlins haben in gemeinschaftlicher Sitzung am 8. Juni 1887 beschlossen, folgende Erklärung abzugeben:

Wir erkennen an und beklagen es, dass das Kurpfuscherthum in den letzten Jahren in besonders unverhüllter Form in die Oeffentlichkeit getreten ist. Wir sprechen zugleich unser lebhaftes Bedauern darüber aus, dass dieses Kurpfuscherthum durch eine nach unserem Dafürhalten unrichtige Auslegung der Worte »Aerztliche Behandlung« im § 6 des Krankenkassengesetzes moralische und thatsächliche Unterstützung seitens einzelner Behörden und selbst seitens des Bundesraths gefunden hat.

Wir sind jedoch nicht der Ansicht, dass durch eine Abänderung der Gewerbeordnung, speciell des § 29 derselben, und durch Wiedereinführung des Kurpfuschereiverbots, dessen praktische Nutzlosigkeit vor Allem zur Beseitigung desselben geführt hat, ein wirksamer und nachhaltiger Schutz gegen jenes Unwesen erreicht werden kann.

Wir erwarten vielmehr von der Anerkennung der Behörden, dass der in den eben erwähnten Gesetzen gebrauchte Ausdruck »ärztliche Behandlung« lediglich sich auf die vom Staat approbirten Aerzte bezieht, ferner von der strafrechtlichen Verfolgung der Pfuscher, soweit dieselbe bereits durch die bestehende Gesetzgebung angedroht ist, und endlich von der Belehrung des Publikums darüber, dass es von den Kurpfuschern in schwindelhafter Weise ausgebeutet wird, Besserung der augenblicklichen Verhältnisse. In letzterer Beziehung begrüssen wir die öffentlichen Bekanntmachungen einzelner Regierungen, besonders des kgl. Polizeipräsidiums von Berlin, als ein Mittel, das allmählich seine heilsame Wirkung nicht verfehlen wird.

2) Seitens des Herrn Becher und Gen.:

Die am 8. Juni 1887 versammelten Mitglieder der Berliner medicinischen Gesellschaft und der im Centralausschuss vertretenen ärztlichen Bezirksvereine erklären:

»dass die Wiederherstellung des Verbots der gewerbsmässigen Kurpfuscherei durch Aufnahme bezüglicher Bestimmungen in das deutsche Strafgesetzbuch im Interesse des allgemeinen Wohles nothwendig ist.«

Wie gross das Interesse war, welches die Discussion dieser Frage erweckte, bewies die ungewohnt grosse Anzahl von Mitgliedern, welche sich eingefunden hatten. Die Herren Mendel und Becher waren als Referenten der beiden sich entgegenstehenden Parteien angewiesen worden, obige Anträge zu formuliren und zu vertheidigen.

Herr Mendel bestreitet, dass die Kurpfuscherei seit Aufhebung des Verbotes zugenommen habe. Im Gegentheil seien die Einnahmen einzelner Pfuscher früher noch viel bedeutender gewesen. Wie wenig solche Verbote nützen, beweist das Beispiel der Länder, z. B. Oesterreich, wo es besteht und trotzdem das Pfuscherthum in üppiger Blüthe steht. Man beschuldigt die Kurpfuscher, an der Noth des platten Landes an Aerzten die Schuld zu tragen. Aber die gleiche Noth herrsche in Oesterreich. Man solle hier nicht von ethischen Principien sprechen. Diese Art von Ethik sei Interessenethik. Früher haben einzelne Aerzte mit ihrem Namen die Missbräuche der Pfuscher gedeckt, das war noch viel mehr eine Schädigung der Moral. Und es ist unmoralisch, ein Gesetz zu geben, gegen welches sich das Volksgefühl und das Bewusstsein des Richters sträuben wird, so lange wir nicht jeden Kranken heilen können. Denn so lange wird der Kranke zum Pfuscher gehen; der Ertrinkende greift nach dem Strohhalm.

Dagegen sei auf das Energischste Front zu machen gegen die Auslegung, wie sie der Chemnitzer Gemeinderath und andere Behörden dem Wortlaut des Krankenkassengesetzes gegeben haben, eine Auslegung, die der Bundesrath angenommen habe. Der bezügliche § 6 gewährleistet jedem Kranken freie »ärztliche Behandlung« und Arznei. Darunter muss jeder Mensch Behandlung durch einen Arzt verstehen, denn der § 29 der Gewerbeordnung besagt: Einer Approbation bedürfen alle Personen, die sich als Aerzte bezeichnen. Man muss Jura und Cameralia studirt haben, um mit Herrn v. Gossler daheraus interpretiren zu können, dass zu einer solchen Stellung jemand anders als ein Arzt fähig sei.

Wenn dem ärztlichen Berufe, wie es der Antrag Becher will, mit Wiedereinführung des Pfuschereiverbots ein Privileg gegeben wird, so wird langsam, aber unwiderstehlich der berüchtigte § 200 wieder zum Leben erstehen, der dem Arzt die

unbedingte Verpflichtung auferlegt, einem Rufe zu folgen, gerade wie dem privilegirten Stande der Anwälte das Armenrecht auferlegt sei. —

Herr Becher: Als 1868 das Kurpfuschereiverbot aufgehoben wurde, geschah es auf Antrag der Berliner medicinischen Gesellschaft mit Uebergehung des grössten Theils der deutschen Aerzte. Man glaubte damals, das Volk sei klug genug, den Arzt dem Pfuscher vorzuziehen, man hat sich aber leider getäuscht. Denn die Pfuscherei hat zugenommen, auch an Ansehen und Würde. Herr Mendel hat auf die Association verwiesen, aber leider ist die deutsche Aerzteordnung, auf die man so grosse Hoffnungen gesetzt, nicht zu Stande gekommen, und naturgemäss haben auch nur Aerztegruppen in grossen Städten gegen die Pfuscherei energisch ankämpfen können, nicht die weit zerstreuten Landärzte. Aber selbst die Hunderte von Publicationen von Karlsruhe haben gar nichts genützt; das Volk glaubt, was erlaubt sei, sei gut. Belehren Sie es, aber funditus, durch ein Gesetz.

Dass die Verhältnisse unerträglich geworden sind, beweist die Petition der Dresdener Aerzte. 46 Vereine mit gegen 3000 Mitgliedern haben sich der Petition angeschlossen, 32 andere haben wohl aus formalen Gründen nicht unterzeichnet, aber haben ihre Zustimmung ausgesprochen. Dagegen haben nur 9 Vereine gestimmt. Solche Zahlen geben zu denken.

Die Pfuscher bereichern sich in betrügerischer Weise auf Kosten des Beutels und des Lebens ihrer Mitmenschen. Der Staat, der überall Schutzmassregeln trifft, wo Leben oder Eigenthum seiner Bürger bedroht ist, sollte hier machtlos sein? In allen grossen Culturstaaten, Oesterreich, Frankreich, Italien, Russland (grosse Heiterkeit), ja selbst in England gelten solche Gesetze. Unser Strafgesetz reicht nicht aus. Der Pfuscher schliesst mit dem Kranken einen Vertrag, gegen den der Richter machtlos ist. Und wenn einmal ein solcher Haupthecht sich in dem Netze des Gesetzes fängt, dann wird ihm von vielen Seiten eidlich seine Heilkraft bezeugt, der Vertheidiger entschuldigt ihn, der keine wissenschaftliche Bildung habe, aber augenscheinlich ein ärztliches Genie sei, und die Geschworenen beurtheilen ihn milde, während Collegen, die einmal Unglück gehabt haben, rigoros bestraft werden, wie Fall Boas beweist. Man werde mit solchem Gesetze zwar die Kurpfuscherei nicht ausrotten können, aber doch das Gros der Pfuscher beseitigen. (Rufe: Nein! nein!) Der Antrag könne jedenfalls nichts schaden. Der § 200 würde nie wieder auftauchen, der sei für ewig begraben, habe auch in Süddeutschland niemals existirt, als dort das Verbot noch bestand. Man habe den Fähigkeitsnachweis für das Hufschmiedegewerbe wieder eingeführt, weil die Pferde vernagelt wurden. Verdiene denn das Pferd mehr Rücksicht als der Mensch?

Die Pfuscherei hat zugenommen, das beweist ein Blick in jede Zeitung und officielle Angaben der Behörden in Preussen, Baden und Bayern. Sie hat an Würde zugenommen, das beweisen Vorgänge in Chemnitz, Berlin und Breslau. Die Pfuscher werden unterstützt von den vornehmsten Kreisen. Jeder Heilgehilfe nennt sich chirurgischer Assistent, gemeine Pfuscher stehen im Adressbuch als »ärztliche Dirigenten«. Die künstlichen Aborte werden mit schamlosester Offenheit betrieben von Hebammen und anderen Weibern. Diese Zunahme schädigt den ärztlichen Stand auch in seinen materiellen Interessen empfindlich, dem durch die Krankengesetzgebung schon 7 Millionen Menschen entzogen worden sind.

In der Beurtheilung der Chemnitzer Angelegenheit ist Redner mit Herrn Mendel einig.

Der Antrag Becher wird mit 168 gegen 164 Stimmen angenommen.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 7. Juni 1887.

Vorsitzender. Herr Leyden.

Demonstration des Herrn **Rosenhain** vom städtischen Krankenhause in Friedrichshain.

R. hat in schwefelwasserstoffhaltigem Urin eine eigenthümliche Bakterienspecies gefunden, welche es ihm gelang, rein zu züchten. Sie wachsen sehr langsam, verflüssigen die Nährgelatine nicht. Werden Reinculturen auf normalen Urin übergeimpft, so entsteht reichlich H_2S. Die Bacterien sind also die Ursache der Schwefelwasserstoffentwicklung in der Blase. Das Gas wird weder aus dem Rhodankalium, noch aus den Sulfaten des Urins entwickelt, sondern entsteht aus dem neutralen Schwefel.

Herr **Leop. Casper** demonstrirt einen sehr interessanten Fall von **Nierensteinkolik,** welche bereits seit $2^1/_2$ Jahren besteht. Es sind mehrfach kleinere Concremente abgegangen und es besteht im Urin ein Sediment von Wetzsteinformen. Ausserdem besteht auf der linken Seite, in der Gegend der unteren Rippen bis zum Beckenrande ein Tumor, der nicht fluctuirt und auf Probepunction keine Flüssigkeit ergab, den man aber doch als Hydronephrose deuten muss. Unter stickstoffreier Diät und Carlsbader Mühlbrunnen ist seit längerer Zeit kein Anfall mehr aufgetreten; der Urin enthält noch reichlich Urate. Wunderbar ist an dem Falle, dass trotzdem das Leiden so lange besteht, keine Spur von einer Reizung der Urinwege auffindbar ist: im Urin findet sich kein einziges Eiterkörperchen, und zu keiner Zeit bestand Fieber.

Herr Dr. **Fränkel: Ueber zwei Fälle schwerer septischer Infection von den Rachenorganen aus.** Heutzutage, wo die Mehrzahl der Krankheiten als auf Invasion von Mikroorganismen in den Körper beruhend anerkannt ist, ist es von wesentlichem Interesse, die Eingangspforten kennen zu lernen. Auf Haut und Schleimhaut sind es häufig leichte Epithelverletzungen. Eine besonders wichtige Stellung aber nehmen die Mandeln ein. Wie Herr Waldeyer zeigte, bestehen hier zahlreiche »Spaltöffnungen«, durch welche Leukoryten andauernd in die Rachenhöhle übertreten. Mit höchster Wahrscheinlichkeit gelangen auch die Mikroparasiten auf diesem Wege in die inneren Organe. (Gerhardt.) In solchen Fällen kann Angina vorausgehen oder auch fehlen; die Erscheinungen sind dann Prodromalerscheinungen einer Infectionskrankheit sehr ähnlich. Ein bekanntes Beispiel dafür, dass die Krankheitserreger den Weg durch die Tonsillen wählen, ist die Nephritis post anginam — eine Form der desquamativen Nephritis, welche zumeist gutartig verläuft.

Von ganz besonderem Interesse aber sind jene schweren, septischen Processe, welche von diphterischen Erkrankungen des Rachens ausgehen, Beobachtungen, die sich zu häufen beginnen.

Die Frage nach den pathogenen Mikrobien der Diphtherie ist nicht als gelöst zu betrachten. Löffler fand darin zwei Arten von Organismen, einmal einen Kettencoccus, der sich in nichts von dem bekannten Streptococcus pyogenes unterscheidet und eigenartige Stäbchen. Letztere finden sich nach ihm in allen Fällen typischer Synanche. Der Streptococcus hat Neigung, in die inneren Organe einzudringen, die Stäbchen niemals. Der erstere hat also wahrscheinlich mit der Pathogenese der Diphtherie nichts zu thun, findet aber auf den erkrankten Flächen einen vorzüglichen Nährboden und erhält vielleicht eine erhöhte Virulenz. In einem älteren Fall von echtem Larynxcroup, der vor einigen Jahren an Pneumonie letal endete, fand F. sowohl in den ausgedehnten Pseudomembranen, als auch in dem Infiltrat der Lungen massenhaft den Streptococcus. Ebenso in drei Fällen von Scarlatina-Diphtherie, welche auf der Höhe der Infection tödtlich endeten, nicht nur in den Halsorganen, sondern auch in den meisten inneren Organen und den Blutgefässen, so dass der bösartige Verlauf hauptsächlich der Mischinfection zuzuschreiben ist. Für diesen Zusammenhang spricht auch die bekannte Thatsache, dass Wöchnerinnen in solchen Räumen, wo Scarlatina gewesen ist, dem Puerperalfieber in hohem Grade ausgesetzt sind.

Diese Thatsachen, das Vorkommen von Streptococcen bei Synanche und ihre Neigung, in die inneren Organe vorzudringen und zwar durch die Tonsillen hindurch, werden vorzüglich illustrirt durch folgende zwei Fälle:

37 jähr. Mann wird hwer benommen in die Anstalt geschafft. Auffallend starke Cyanose, pulsus paradoxus, in der Umgebung des Herzens, dessen Dämpfung nicht wesentlich vergrössert ist, Reibegeräusche; in beiden Pleuren Exsudat, rechts

bis zur Spina, links bis zum Angulus. Probepunction rechts ergibt serofibrinöses Exsudat; die bakteriologische Untersuchung massenhafte Streptococcen. Nach acht Tagen Punction, Entleerung von 1700 ccm eines stark getrübten, flockigen Exsudates. Links ergibt Probepunction ebenfalls den Coccus. Nach kurzer Erholung unter Cyanose und pulsus paradoxus tritt der Exitus ein. Bei der Obduction fand sich ein Liter Eiter im Pericardium, der Pleurabefund entsprach der Diagnose intra vitam. Im Rachen, der niemals untersucht war, weil kein Symptom auf eine Erkrankung daselbst hinwies, ferner in Pharynx und Trachea wurden Reste einer Diphtherie gefunden. (Es konnte nur festgestellt werden, dass Patient acht Tage vor seiner Einlieferung Angina gehabt hatte.) Ferner fand sich ein umfänglicher retropharyngealer Abscess, der bis ins Mediastinum posticum reichte und hier das Pyopericardium gesetzt hatte. Sein Eiter enthielt massenhaft den Streptococcus.

Ein ganz ähnlicher Fall ist von Heubner und Barth berichtet worden (retropharyngealer Abscess, Pericarditis, Thrombophlebitis der V. jugular. int. nach Scarlatina).

Der Pulsus paradoxus, der sich sonst fast nur bei der Resorption des Exsudats findet, ist hier zu erklären a) aus der mächtigen Verdickung des Pericardium, b) aus dem Druck des massenhaften Exsudats. Dass die Dämpfungsfigur der Norm nicht entsprach, war die Folge einer Adhäsion des Apex cordis mit dem Pericard. Daraus erklärt sich auch das Persistiren der Reibegeräusche bei so massenhaftem Erguss: das Herz wurde durch die Adhäsion in der Nähe der vorderen Brustwand gehalten.

2. Fall. 34jähriger Mann, schwer benommen. Seit vier Wochen an Malaria behandelt, hatte ziemlich regelmässige Schüttelfröste. Ueber den Aortenklappen diastolischer Doppelton, worauf kein grosser Werth gelegt wurde. Am 5. Tage traten am Körper zahlreiche Ekchymosen auf, dazu gesellten sich zweimarkstückgrosse Sugillationen mit weissem, wie nekrotischem Centrum. Exitus. Obduction zeigte das Herz in beiden Ventrikeln stark dilatirt, den linken etwas hypertrophisch. Die Aortaklappen durch Granulationen fast völlig zerstört, an ihrer Unterfläche ein derber, grosser Herzpolyp. Ausgedehnte Bronchopneumonie, trübe Schwellung der Nieren, Milzinfarkt, Stauungsleber, im Rachen Reste einer Diphtherie, in beiden Tonsillen dünner Eiter. Die bacteriologische Nachuntersuchung zeigte überall den Streptococcus, sowohl im Eiter der Tonsillen als auch in den Wucherungen der Semilunarklappen.

F. macht demnach für die nekrotischen Zerstörungen bei Diphtherie den Kettencoccus verantwortlich, nicht aber für die Entstehung der Synanche. Ob für letztere die Löffler'schen Stäbchen pathogen sind, ist zweifelhaft, da diese Parasiten in der Mundhöhle gesunder Kinder gefunden sind. Die schweren septischen Erscheinungen aber im Gefolge der Rachenkrankheiten beruhen auf dem Eindringen des Kettencoccus in die inneren Organe. Er wirkt hier allerdings nicht, wie gewöhnlich, als eiterbildend (pyogenes). Aber es ist darauf hinzuweisen, dass ein identisch scheinender Pilz, der Fehleisen'sche Coccus, das Erysipel erzeugt. Wahrscheinlich beruht diese gar nicht seltene Verschiedenheit in der Wirkung identisch scheinender Mikroparasiten auf einer Modification ihres Chemismus.

Discussion. Herr Fürbringer: Er hat solche Fälle vielfach beobachtet, ist aber nicht der Ansicht, dass die diphtherische Affection als causa efficiens angenommen werden muss, glaubt sogar, dass in den beiden Fällen des Vortragenden die Diphtherie sehr zweifelhaft ist. Er führt dafür 4 charakteristische Fälle an: Im ersten entstand die septische Allgemeininfection aus einer unzweifelhaft croupösen Angina, im zweiten aus 2 subgingivalen, von cariösen Zähnen ausgehenden Abscessen, welche sich in das Gewebe um die Submaxillardrüsen gesenkt hatten; im dritten Fall bestand eine sehr geringe Angina ohne Belag, doch erwiesen sich post mortem die Tonsillen schwammartig mit Eiter gefüllt; Exitus erfolgte an Endocarditis ulcerosa und embolischer Meningitis; im vierten Falle, Peritonitis eines Knaben in Heilung, zeigte sich plötzlich ein ganz seltsamer Ausschlag, zuerst am Ellbogen, dann am übrigen Körper und auch in der Mundhöhle, ein Exanthem, einigermassen hämorrhagischen Pocken ähnelnd. Die einzelnen Pusteln flossen zusammen und formirten schliesslich das Bild einer echten Diphtheria faucium, obgleich die Beobachtung zeigte, dass hievon gar keine Rede sein konnte. Die bacteriologische Untersuchung dieser und anderer Fälle ergab die Anwesenheit bald des Strepto-, bald des Staphylococcus, bald beider zusammen. Darum kann er dem ersteren die von F. ihm zugesprochene Wirksamkeit nicht zugeben.

Ein Arzt aus Schweden stellt einen neuen Inhalationsapparat vor, der gelösten Arzneimitteln das Wasser entzieht und sie als feinsten Crystallstaub direct in die Respirationsorgane gelangen lässt. Es sollen damit in Schweden sehr gute Resultate erzielt sein.

Der Apparat kann von dem Instrumentenmacher Stormer, Christiania, bezogen werden.

Aerztlicher Verein München.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 27. April 1887.

Herr Privatdocent Dr. **Kopp** hält einen Vortrag über **Syphilis maligna,** welcher in dieser Wochenschrift in extenso erscheinen wird.

In der Discussion theilt Herr Dr. Lutz einen Fall höchst wahrscheinlich ebenfalls von maligner Syphilis mit, der einen jungen Studenten Anfangs der zwanziger Jahre betraf, bei dem die primären localen Erscheinungen nur sehr gering waren, bei dem aber bald Gelenkaffectionen eintraten und nach ca. $^1/_2$jährigem Bestehen eine ganz enorme Induration der Haut, die vollkommen mit kleinen Knötchen bedeckt war. Ausserdem war der ganze Gaumen verhärtet; es bildeten sich schliesslich auf demselben weisse Belege wie bei Diphtherie; der ganze Gaumen wurde gangränös und der Kranke ging zu Grunde.

Prof. Bollinger theilte mit, dass unter 13,500 Sectionen, die in dem Zeitraum von 1854—86 gemacht wurden, 68 mal schwere Syphilis constatirt wurde und dass darunter 45 mal Syphilis directe Todesursache war. Was die Vertheilung der intestinalen Syphilis betrifft, so ist die Leber am häufigsten betheiligt. $^1/_4$ Fälle betrifft die Niere, 7 Fälle das Gehirn.

Sitzung vom 11. Mai 1887.

Prof. Dr. **Angerer** berichtet über einige an der chirurgischen Poliklinik vorgenommene **Magenoperationen** und stellt der Gesellschaft eine Frau vor, bei der er vor 6 Wochen die Resection des Pylorus vorgenommen hat. Das excidirte Stück maass an der grossen Curvatur 20, an der kleinen 13 cm. Die auf Carcinom gestellte Diagnose wurde durch die mikroskopische Untersuchung nicht bestätigt. Es handelte sich vielmehr um eine Narbenstenose in Folge von Ulcus mit hochgradiger Hyperplasie der Gewebe.

Nähere Mittheilungen hierüber erscheinen in der »M. med. Wochenschrift«.

Discussion.

Dr. A. Lutz theilte einen Fall mit, der 1885 von Helferich operirt wurde und bei dem man, da die Mutter der Pat. ebenfalls an einem Carcinoma ventriculi gestorben war, sofort zur Operation schritt, als man die ersten Zeichen der Magencarcinomatose constatiren konnte. Die Hälfte des Magens musste entfernt werden. Die Kranke ging an Peritonitis zu Grunde, die wohl dadurch hervorgerufen war, dass eine Stelle an der Hinterwand des Magens, wo die Nähte sich vereinigten, nicht ganz dicht schloss. Die auffallend weit verbreitete Infiltration unter der intacten Schleimhaut beweist, dass man auch bei früher Operation auf schlimme Verhältnisse stossen kann.

Prof. Angerer bemerkt dagegen, dass diese Mittheilung von Lutz ja nicht gegen die Ansicht spräche, dass man die Operation möglichst frühzeitig ausführen müsse. Selbst für breite Carcinome hat man seit neuerer Zeit ein Verfahren vorgeschlagen, das ebenfalls gute Resultate aufzuweisen hat und darin besteht, dass man den Magen typisch resecirt und eine Magendünndarmfistel anlegt. Selbst bei Carcinomen an der grossen Curvatur kann man diese Operation ausführen.

Gynäkologische Gesellschaft zu München.

(Officielles Protokoll).

Sitzung vom 26. November 1886.

Herr Frommel giebt als statutenmässig ausscheidender Vorstand einen kurzen Rückblick über die bisherige Thätigkeit der Gesellschaft. Als neuer Vorsitzender wird Herr Dr. Gossmann von der Gesellschaft einstimmig durch Acclamation erwählt.

Herr **Frommel** demonstrirt

1) ein im Zustande hochgradigen fettigen Zerfalles sich befindendes Myon, welches durch Enucleation aus dem graviden Uterus genommen worden war. Patientin hatte kurz vor ihrem Eintritt eine sehr heftige Peritonitis durchgemacht. Bei der Aufnahme war das Abdomen noch so empfindlich, dass eine Untersuchung nur in Narkose gemacht werden konnte. Der fixirte Tumor, welcher früher beweglich gewesen sein soll, zeigte eine fluctuirende Beschaffenheit, und wurde für einen Ovarialtumor gehalten, die Peritonitis als durch Stieldrehung entstanden aufgefasst. Auch nach Erkenntniss des diagnostischen Irrthums wurde die Operation vollendet wegen der in der Peritonitis und fluctuirenden Beschaffenheit des Tumors sich aussprechenden degenerativen Vorgänge im Tumor. Die Operation selbst bot keine besondere Schwierigkeiten, ausgedehnte, aber lose Verklebungen desselben mit dem visceralen Peritonealblatte konnten leicht gelöst werden, es wurde dann die Kapsel über dem in der rechten Uteruswand sitzenden Tumor gespalten und dieser enucleirt, das Bett mit versenkten Nähten geschlossen und darüber die Peritonealnaht angelegt. Der Heilverlauf war ein günstiger;

2) ein durch Enucleation entferntes Myom, gleichzeitig bestand doppelseitiger Ovarialtumor, ein rechtsseitiges Dermoid und ein linksseitiges subserös entwickeltes Kystom. Die Operation war dadurch schwierig, dass das Myom in das linke Lig. latum hineingewachsen war; durch diesen Umstand und durch das linksseitig subserös entwickelte Ovarialkystom war die Enucleation erschwert, während die Abbindung der rechten Seite keine Schwierigkeiten machte. Die Dauer der schwierigen Operation betrug $3^1/_2$ Stunden;

3) einen gemischten Tumor, eine grosse Cyste darstellend, auf dessen Innenfläche kleine Dermoidcysten sitzen;

4) ein durch supravaginale Amputation entferntes Carcinom des Collum. Obgleich die Schnittführung in grosser Entfernung von den erkrankten Partien durch das gesunde Gewebe möglich war, leidet Patientin neuerdings an Blutungen. Die Digitaluntersuchung lässt ein Recidiv in der Narbe ausschliessen, doch sind durch das Curettement makroskopisch auf Carcinom suspecte Gewebspartien zu Tage gefördert worden.

Sollte die mikroskopische Diagnose diesen Befund bestätigen, so würde Vortragender in ferneren Fällen stets die Totalexstirpation der supravaginalen Amputation vorziehen.

Herr **Winckel** hält seinen angekündigten Vortrag: **Gynäkologisches aus amerikanischen Spitälern.**

In längerer Rede giebt Vortragender einen gedrängten Bericht über seine Reise durch den amerikanischen Continent. Die hygienischen und sanitären Verhältnisse der besuchten Städte Montreal, Chicago, Milwaukee, Madison, St. Paul, St. Francisco, St. Louis, Philadelphia, New-York, die Einrichtung der dortigen Spitäler wurden besonders betont, die Eigenthümlichkeiten des medicinischen Unterrichtswesens an den verschiedenen medicinischen Colleges hervorgehoben und interessante amerikanische Koryphäen der medicinischen Wissenschaft und in specie der Gynäkologie kurz geschildert.

Sitzung vom 17. December 1886.

Vorsitzender: Herr Gossmann. Schriftführer: Herr Rühle.

Herr **Herzog** hält seinen angekündigten Vortrag: **Ueber Beckenfracturen mit Demonstration.**

Das vorliegende Becken stammt von einer Selbstmörderin. Die Section ergab Gravidität im 4. Monat. An dem Becken befinden sich zwei völlig wieder consolidirte Fracturen, die eine an der Umrandung des For. obtur. im horizontalen Schambeinaste; die Vereinigung der Fracturenden ist durch eine schmale Knochenspange wieder zu Stande gekommen, an der Vereinigungsstelle befindet sich ein scharf in den Beckeneingang vorragender Knochenvorsprung. Die zweite Fractur befindet sich im Sitzbein vor dem rechten Tub. ischii, auch sie ist vollkommen wieder consolidirt. Ausserdem zeigt das rechte Darmbein eine von dem Rande bis zum For. ischiad. majus gehende Knickung, so dass die Spina ant. sup. der Spin. post. sup. genähert ist, diese Knickung ist nur äusserlich zu erkennen, an der Innenfläche des Darmbeines fehlt dieselbe. Von den Beckenmaasen zeigt besonders der linke schräge Durchmesser eine hochgradige Verkleinerung, denn während der rechte schräge D. von der Regio sacroiliaca bis zur Symphyse etwa 11,0 beträgt, ist die Entfernung von der linken Regio sacroiliaca bis zu dem erwähnten Knochenvorsprung nur 7,5 cm. Der Beckenausgang zeigt keine Veränderung, die Distance der Tub. ischii beträgt 11 cm.

Die Beckenfracturen sind im Ganzen selten. Gurlt hat früher 0,3, später 0,8 und nach einer neuesten Zusammenstellung 1,25, Riedinger 0,6 Proc. Beckenfracturen berechnet. Bei Weibern sind dieselben seltener als bei Männern.

Als häufigste Aetiologie der typischen Beckenfracturen erwähnt der Vortragende

1) die Verkürzung des sagittalen Durchmessers; der Effect ist Ausbruch und Eintreibung der Symphyse nach innen, Fractur des Kreuzbeins in der Gegend der For. sacralia;

2) eine mehr seitlich wirkende Gewalt; der Effect ist die zuerst von Malgaigne beschriebene doppelte Verticalfractur. Nach der Ansicht des Vortragenden liegt eine solche hier vor, dieselbe scheint durch eine vorne und seitlich wirkende Gewalt entstanden zu einer Zeit als das Becken bereits consolidirt war. Die Knickung am Os ilei ist jedenfalls als Infraction, nicht als Fractur aufzufassen, was aus dem Mangel der Verschiebung der Fracturenden aneinander hervorgeht, die sonst nicht fehlen würden, wie auch ein von Riedinger publicirter Fall beweist. Einen dem vorliegenden Falle sehr ähnlichen beschreibt Malgaigne.

Unter den Folgen der Beckenfracturen erwähnt der Vortragende als besonders häufige, aber durchaus nicht unausbleibliche, die Zerreissung der Harnorgane, das Eindringen von Splittern in die Blase. Auch eine auf einfache Blasenlähmung zurückzuführende Ischurie kommt vor. Von besonderem Interesse sind die Beckenfracturen der Frauen vom geburtshilflichen Standpunkte. Litzmann erwähnt in seiner Arbeit keinen durch Beckenfractur hervorgerufenen Fall von Beckenverengerung. Im vorliegenden Falle würde die Kleinheit des zweiten schrägen Durchmessers, dessentwegen das Becken geburtshilflich unter die schräg verengten Becken zu rechnen wäre, wohl ein absolutes Geburtshinderniss abgegeben haben.

Herr **Issmer** hält seinen angekündigten Vortrag über: **Zwei Hauptmerkmale der Reife Neugeborner und deren physiologische Schwankungen.**

Der Vortrag ist im Archiv für Gynäkologie in extenso im Drucke erschienen. [1])

Gesellschaft für Morphologie und Physiologie zu München.

(Officielles Protokoll.)

VII. Sitzung am 17. Mai 1887.

Dr. Peter: Ueber die Jugendzustände einiger Süsswasseralgen.

Prof. Hertwig frägt den Vortragenden, ob die von ihm geschilderten verschiedenen Jugendzustände unter verschiedenen Existenzbedingungen oder als eine Art Generationswechsel vorkommen.

Dr. Peter erwidert, dass die verschiedenen Formen sowohl nacheinander als gleichzeitig gefunden werden; äussere Existenzbedingungen konnten für dieselben nicht verantwortlich gemacht werden, es scheine vielmehr eine Art Entwicklungstrieb in der Pflanze selbst vorzuliegen.

[1]) Referat in dieser Nummer.

Dr. Lehmann: Ueber die Sporenbildung bei Milzbrand.

Die von den DDr. Emmerich, Lehmann und Stabsarzt Dr. Buchner geführte Discussion behandelt die Frage, ob die von Lehmann geschilderten stark lichtbrechenden Körperchen in den Bacillen wirklich den Anfang einer Sporenbildung repräsentiren oder nicht, da sie nach Buchner's Meinung Fett oder verdichtetes Plasma sein können; ferner um die Richtigkeit der Theorie, dass Bacillen unter ungünstigen Verhältnissen leichter Sporen bilden sollen als unter günstigen Existenzbedingungen; sowie um die pathogene Wirksamkeit der asporogenen Milzbrandbacillen, gegenüber den sporogenen, die von Dr. Lehmann als gleich angenommen wird, da gleiche Impfquantitäten gleiche Resultate ergeben hatten.

Staatsrath Dr. Vogel bemerkt, dass der in Livland sehr häufige Milzbrand sich — das Desinfectionsverfahren liege sehr im Argen — durch sehr verschiedenen Verlauf beim Menschen charakterisire, woraus geschlossen werden dürfe, dass das Gift auch in praxi von verschiedener Virulenz sei. Schliesslich hörten die Epidemieen immer von selber wieder auf, es sei also wahrscheinlich, dass eine Degeneration der Pilze in der Natur häufiger Platz greife, als man glaube.

Dr. Emmerich dagegen hält das stets sich wiederholende Vorkommen der Milzbrandepidemieen gerade für einen Beweis dafür, dass der Milzbrand in der Natur immer wieder Sporen bildet.

Schliesslich demonstrirt Stabsarzt Dr. Buchner ein Präparat, betreffend Zählung von sehr dicht liegenden Bacterien.

Verschiedenes.

(Aerztekammern in Preussen.) Die k. preussische allerhöchste Verordnung, in welcher die Bildung von Aerztekammern angeordnet wird, trifft bezüglich der Wahl der Mitglieder derselben folgende Bestimmungen:

§ 4. Die Mitglieder der Aerztekammern werden gewählt. Die Wahl erfolgt innerhalb des Bezirks der Kammer getrennt nach Regierungsbezirken (Wahlbezirken). Der Stadtkreis Berlin bildet einen eigenen Wahlbezirk.

Wahlberechtigt und wählbar sind diejenigen Aerzte, welche innerhalb des Wahlbezirks ihren Wohnsitz haben, Angehörige des Deutschen Reichs sind und sich im Besitze der bürgerlichen Ehrenrechte befinden.

Das Wahlrecht und die Wählbarkeit gehen verloren, sobald eines dieser Erfordernisse bei dem bis dahin Wahlberechtigten nicht mehr zutrifft. Sie ruhen während der Dauer eines Concurses, während der Dauer des Verfahrens auf Zurücknahme der ärztlichen Approbation und während der Dauer einer gerichtlichen Untersuchung, wenn dieselbe wegen Verbrechen oder wegen solcher Vergehen, welche den Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte nach sich ziehen müssen oder können, eingeleitet, oder wenn die gerichtliche Haft verfügt ist.

§ 6. Die Wahlen finden alle drei Jahre im November statt. Der dreijährige Zeitraum, für welchen die Mitglieder gewählt werden, beginnt mit dem Anfang des nächstfolgenden Jahres.

Vor jeder Wahl ist für jeden Wahlbezirk, das erste Mal von dem Regierungs-Präsidenten, in künftigen Fällen von dem Vorstande der Aerztekammer eine Liste der Wahlberechtigten aufzustellen. Dieselbe ist in jedem Kreise (Oberamtsbezirke) im Laufe des der Wahl vorhergehenden Monats Juni vierzehn Tage öffentlich auszulegen, nachdem die Zeit und der Ort der Auslegung vorher öffentlich bekannt gemacht sind.

Einwendungen gegen die Liste sind unter Beifügung der erforderlichen Bescheinigungen innerhalb vierzehn Tagen nach beendigter Auslegung der Liste bei dem Vorstande der Aerztekammer — das erste Mal bei dem Regierungs-Präsidenten — anzubringen. Gegen die hierauf ergehende Entscheidung findet innerhalb 14 Tagen Beschwerde an den Oberpräsidenten statt, welcher endgültig entscheidet.

Ferner giebt der Cultusminister v. Gossler sämmtlichen Oberpräsidenten bekannt, dass die Vertreter der Aerztekammern jährlich einmal zu einer Sitzung der wissenschaftlichen Deputation eingeladen werden, sofern nicht wegen der Wichtigkeit der Berathungsgegenstände von der wissenschaftlichen Deputation die Einberufung der Vertreter der Aerztekammern zu einer Sitzung besonders in Antrag gebracht wird.

(Preisausschreibungen.) Die Akademie der Medicin in Turin schreibt den Preis Riberi, 20,000 Lire, für Untersuchungen über die Natur und Prophylaxe einer oder mehrerer Infectionskrankheiten des Menschen aus. Manuskripte in lateinischer, französischer oder italienischer Sprache bis Ende 1891 einzureichen; auch gedruckte Arbeiten werden zugelassen. — Die königl. Akademie der Medicin in Madrid hat 2 Preise zu je 3000 Realen und eine goldene Medaille für die beste Bearbeitung folgender Thesen ausgesetzt: 1) Bis zu welchem Punkte sind die sogenannten impulsiven Formen der Verrücktheit legitim und welche Classification gestatten sie? — 2) Botanische und pharmakologische Beschreibung der verschiedenen Arten von Jaborandi und der Mittel zur Gewinnung des Pilocarpin. Manuskripte in lateinischer oder spanischer Sprache sind bis 31. December 1887 an das Secretariat der Akademie zu richten. — Die spanische gynäkologische Gesellschaft widmet 250 Francen für die beste Arbeit über Diphtherie. Termin: 31. August 1888.

(Aus Deli (Sumatra) 16. April.) In Einer der jüngten Februar-Nummern der »Erlanger medicinischen Neuigkeiten« las ich vor einiger Zeit, dass vor Kurzem in Batavia von Dr. Slinter die erste zoologische Station in den Tropen errichtet worden sei und die »königliche naturkundige Vereinigung« dortselbst die erforderlichen Mittel hiezu bereitwilligst gewährt habe. Als Mitglied dieser Gesellschaft wandte ich mich sofort um nähere Auskunft an dieselbe und erhielt vor einigen Tagen von Herrn Dr. Slinter selbst folgende Mittheilung über das in Rede stehende Unternehmen: »Die Bezeichnung »zoologische Station« für den durch mich errichteten Arbeitsplatz ist wohl etwas zu umfassend. Im Gebäude obiger Gesellschaft habe ich in einer grossen, kühlen und geräumigen Localität, der früheren Vorhalle des Hauses, die ersten drei Arbeitstische errichtet für Collegen, welche hier Untersuchungen auszuführen gesonnen sind. Ich liefere Chemikalien und Glasartikel, aber keine Stahlinstrumente und Mikroskope, die doch jeder Untersucher in seinem Besitze hat. Das Licht zum Mikroskopiren lässt Nichts zu wünschen übrig. Ich habe daselbst verschiedene Aquarien angebracht, welche wohl im Augenblicke für das Auge nicht sehr schön erscheinen, aber für den Gebrauch weitaus genügen. Zur Zeit ist ein Gesuch an die Regierung im Laufe, um Geld für die Anlage grösserer Bassins bewilliget zu erhalten, von derselben ein bezüglicher Beschluss aber noch nicht gefasst worden; doch besteht Hoffnung auf einige wenn auch nicht sehr hohe Unterstützung. Vorerst besitze ich zwei grosse Cement-Bassins von 800 Liter Inhalt und verschiedene kleinere von Glas, habe regelmässige Anfuhr von Seewasser, während eine einfache Vorrichtung für Luftzufuhr meine Thiere in den Aquarien ausgezeichnet am Leben erhält. Einzelne derselben befinden sich schon ein Jahr in Gefangenschaft und sind noch vollkommen gesund. Die lebenden Thiere hole ich mir selbst 2—3 mal im Monate von den Korallen-Inseln. Schliesslich trachte ich noch, ein kleines Museum mit dem Aquarium zu verbinden, in welchem ich die Localfauna der Korallen-Inseln in der Bucht von Batavia zu sammeln wünsche. Das Bestimmen der Thiere, dem ich allein vorstehe, kostet aber viel Zeit, doch besitze ich bereits ± 700 Nummern. Als einen wichtigen Theil meiner Aufgabe betrachte ich auch die Versendung von besonderem Unterrichtsmateriale nach anderen Ländern und habe bereits sehr Viel versendet, unter Anderen auch an den Geheimrath R. Koch zu Berlin verschiedene Entwickelungs-Phasen von rifftauenden Korallen. Dies natürlich gegen Ersatz von Unkosten, die jedoch sehr gering sind, da ich aus der Sache kein Handelsgeschäft mache und nur Alcohol und Versendung in Rechnung bringe.« (Dr. Ludwig Martin.)

(Bade-Literatur.) Unser benachbartes Stahl- und Moorbad Kohlgrub war im Sommer 1886 von gegen 600 Gästen, darunter 352 Kranken besucht. Die neuen Besitzer haben durch vollkommene Umformung und Vergrösserung der Anstalt, durch Anlage neuer Promenaden und Garten-Anlagen den längst rühmlichst bekannten Curort wesentlich verschönert. Der Besuch ist in kommender Saison durch die Eröffnung der neuen Bahnlinie Kaufering-Landsberg-Schongau für von Westen kommenge Fremde wesentlich erleichtert.

Von Dr. C. Veraguth ist über Bad St. Moritz in Oberengadin eine klimato-balneologische Studie erschienen. Nach einer ausführlichen Beschreibung des Engadiner Curortes, seiner Lage, Umgebung, Geschichte und Einrichtung, sowie seiner Fauna und Flora wendet sich Verfasser der Untersuchung von Klima (mittlere Temperatur, relative Feuchtigkeit, Windrichtung etc.), Quellen (chemische Analyse und Gebrauchsart), Bädern und Douchen zu, um an der Hand der gewonnenen Resultate die Wirkung der Curmittel und ihre Indication zu beleuchten, wobei V. der, die Lungen- und Herz-Gymnastik sowie den Stoffwechsel besonders anregenden Wirkung des Klima's, dann dem Gehalt der Quellen an Eisen und Kohlensäure besonderen Werth beilegt. Der Indicationen bei den verschiedenen Organ- und System-Erkrankungen sind gar viele, wir wollen nur die Anämie, das Fettherz, nervöse und asthmatische Zustände herausgreifen. Das Werkchen — es umfasst 161 Seiten — kann allen Betheiligten nur empfohlen werden. E.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 13. Juni. Der preussische Cultusminister beabsichtigt, vom Rechnungsjahre 1888/89 ab ein »Klinisches Jahrbuch« erscheinen zu lassen. Dasselbe wird sowohl die stationären wie die Polikliniken umfassen und in zwei Theile zerfallen. Der erste Theil wird über die klinischen Einrichtungen der deutschen und ausserdeutschen Universitäten berichten und sonstige Mittheilungen von allgemeinerem klinischen Interesse daran anschliessen. Der zweite Theil soll über die Wirksamkeit der preussischen Kliniken während des vergangenen Rechnungsjahres nach ihrer dreifachen Aufgabe als Heilanstalten, als Unterrichtsanstalten zur Ausbildung der Aerzte und als Anstalten zur Förderung der medicinischen Wissenschaft Auskunft geben. Da von den Directoren dieser Anstalten bisher nicht regelmässig oder nicht nach demselben Plane Jahresberichte erstattet worden sind, ein vollständiges und einheitliches Material für die beabsichtigte Veröffentlichung demnach nicht vorliegt, so trifft ein Erlass das Cultusministers vom 21. Mai 1887 nähere Anordnung über eine gleichmässige Berichterstattung für die in Rede stehenden Institute.

— Die ungarischen Ministerien für Unterricht, Inneres, Justiz und Handel werden zum internationalen Congress für Hygiene und Demographie in Wien 7 Vertreter entsenden; ebenso haben zahlreiche ungarische Städte, Aerzte- und Apotheker-Vereine Delegirte zu entsenden beschlossen. Als officieller Vertreter der persischen Regierung wird der Leibarzt des Schah's, Dr. Tholozan, delegirt. Auf dem Programm des Congresses steht ein Ausflug der Theilnehmer nach Budapest.

— Die Berliner medicinische Gesellschaft hat beschlossen, keinen Delegirten zum internationalen Aerzte-Congress nach Washington zu senden.

— Die Errichtung einer zweiten Professur für Anatomie an der Universität Berlin wird »D Med. Wochenschr.« zufolge in den maassgebenden Kreisen geplant, und es sind bereits Verhandlungen mit den dafür in Aussicht genommenen Persönlichkeiten im Gange. Den Lehrstuhl der Anatomie hat Geh. Medicinalrath Prof. Waldeyer inne, der gleichzeitig als Director das anatomische »Theater« und interimistisch auch die anatomisch-zootomische Sammlung leitet, die gerade jetzt bei der Ueberführung nach dem Museum für Naturkunde recht viel Arbeit verursacht.

— Am 6. Juni hat Prof. B. Fränkel die neu errichtete Poliklinik für Nasen- und Halskranke an der Universität Berlin eröffnet.

— Zu Rom wurde am 1. Juni im grossen Saal des Capitols der Congress der italienischen Aerzte feierlich eröffnet. In der Eröffnungsrede betonte Crispi, der neue Minister des Innern, als Hauptzweck des Congresses die Berathung über den neuen Gesetzentwurf zur Regelung des öffentlichen Gesundheitswesens (der Entwurf wurde in Nr. 22 der Wochenschrift im Auszuge mitgetheilt). Zum Präsidenten wurde Professor Baccelli gewählt.

— Am 30. September wird zu Amsterdam die erste Versammlung holländischer Aerzte und Naturforscher tagen; zum Präsidenten wurde Prof. Donders gewählt.

— Geheimrath Prof. Dr. Esmarch in Kiel ist in den Adelsstand erhoben worden.

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin.** Dem Prof. Dr. Joseph Meyer, Director der medicinischen Poliklinik, ist der Charakter als Geheimer Medicinalrath verliehen. — **Budapest.** Dr. Azary, Professor an der Thierarzneischule hat sich an der Universität als Privatdocent für Veterinär-Seuchenlehre habilitirt. — **Dorpat.** Prof. Weil wird aus Gesundheitsrücksichten seine Professur niederlegen. — **Greifswald.** Dem ausserordentlichen Professor in der medicinischen Facultät, Kreisphysikus Dr. Häckermann, ist der Charakter als Geheimer Medicinalrath verliehen worden. — **Kasan.** Der ausserordentliche Professor Dr. Studenski hat den Lehrstuhl der chirurgischen Hospitalklinik übernommen. — **Krakau.** Die Leitung des neuen Instituts für experimentelle Pathologie wurde Prof. Adamkiewicz übertragen. — **Leipzig.** Die Professoren Dr. His und Braune wurden zu geheimen Medicinalräthen ernannt. — **Strassburg.** Prof. de Bary (Botaniker) hat einen Ruf an die Universität Leipzig erhalten und soll gesonnen sein, demselben Folge zu leisten. — **Petersburg.** Als Privatdocenten haben sich an der militär-medicinischen Akademie habilidirt: Dr. Heydenreich und Dr. Ssirotinin für innere Medicin, Dr. Ssudakow für Hygiene und Dr. Herzenstein für medicinische Statistik.

(Todesfälle.) Dr. Georg v. Pospischil, ein bayerischer Arzt, der in jungen Jahren während des Krim-Feldzuges von 1854/55 — gleich mehreren unserer Landsleute in demselben Berufsstande — in russische Dienste getreten, nach dem Kriege zum Stadt und Polizeiarzt in Eupatoria in der Krim ernannt, allmählig zum k. russischen Staatsrath aufgerückt und für seine Verdienste mit mehreren Orden ausgezeichnet worden war, ist in der genannten Stadt am 8. Juni im Alter von 60 Jahren in Folge einer am 27. vor. Mts. erlittenen Amputation des linken Fusses gestorben.

Dr. Simon Weiss, früher 35 Jahre Badearzt in Gleichenberg, gestorben in Föbling beim Wien im 77. Jahre.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Ernennungen. Der k. Universitätsprofessor und Oberarzt Dr. Wilh. Olivier Leube zu Würzburg zum Mitgliede des Oberpflegamtes des Julius-Spitales; der einjährig freiwillige Arzt Dr. Leopold Mankiewitz des 3. Inf.-Reg. zum Unterarzt im 18. Inf.-Reg. und mit Wahrnehmung einer vacanten Assistenzarztstelle beauftragt.

Befördert. Zu Assistenzärzten II. Cl. den Unterarzt Paul Lorenz im 14. Inf.-Reg.; ferner im Beurlaubtenstande die Unterärzte der Reserve Dr. Hermann Teufel (Kitzingen) und Dr. Hermann Attensamer (Würzburg).

Verzogen. Dr. Teufel von Eibelstadt nach Weikersheim in Württemberg; Dr. v. Link von Untersteinbach nach Buxheim (Schwaben); Dr. Weil von Gerolzhofen unbekannt wohin.

Versetzt. Der Assistenzarzt II. Cl. des Beurlaubtenstandes (München I.) Fleischmann in den Friedensstand des 2. Inf.-Reg.

(Württemberg.)

Uebertragen. Die Oberamtsarztstelle in Blaubeuren dem Oberamtswundarzt Dr. Zais in Waiblingen.

Bestätigt. Dr. Marchtaler als Armenarzt in Heilbronn.

In Ruhestand versetzt. Der Oberamtsarzt Medicinalrath Dr. Hartmann in Reutlingen.

Verzogen. Dr. Oscar Sattler von Hemmingen nach Stetten i. R.; Dr. Richard Löwe von Stuttgart nach Canstatt.

(Baden.)

Ehrenbezeugung. Durch Allerh. Entschliessung vom 24. April d. J. wurde dem Bezirksarzt zu Triberg, Dr. Wilhelm Hauser, das Ritterkreuz II. Cl. des Ordens vom Zähringer Löwen verliehen.

Niederlassungen. In Renchen haben sich die Aerzte Ernst Roller, appr. 1887, und Dr. Otto Crossmann, appr. 1884, niedergelassen, Arzt Dr. Wilh. Spuhn, appr. 1886, in Heidelberg, Arzt Dr. Wilh. Morstadt als Specialist für Nervenkrankheiten in Karlsruhe, Arzt Dr. Ferdinand Walter, appr. 1886, in Rothweil am Kaiserstuhl.

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Dr. F. V. Birch-Hirschfeld, Lehrbuch der pathologischen Anatomie. III. völlig umgearbeitete Auflage. II. Bd. 1. Hälfte. Leipzig 1887. 10 M.

Bizzozero, Dr. G., Handbuch der klinischen Mikroskopie. Mit Berücksichtigung der Verwendung des Mikroskops in der gerichtlichen Medicin. Erlangen 1887. 8 M.

Dahlmann, Dr. F., Zur Behandlung der Fehlgeburten. Berlin 1887. 75 pf.

Eichholz, Dr., Zur Diagnose und Therapie der atypischen Uterusblutungen. Berlin 1887. 1 M.

Emminghaus, Dr. H., Die psychischen Störungen im Kindes-Alter. Tübingen 1887. 6 M.

Fischer, Dr. Leop. Jr., Ueber die Behandlungsmethoden der Prostatitis. Leipzig 1887. 1 M. 50 pf.

Jahrbuch der praktischen Medicin. Jahrg. 1887. II. Hälfte. Stuttgart 1887. 10 M.

Hühnerfauth, Dr. Gg., Handbuch der Massage. Leipzig 1887. 6 M

Dr. B. v. Krafft-Ebing, Psychopathia sexualis mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung. II. vermehrte und verbesserte Auflage. Stuttgart 1887. 3 M. 60 pf.

Liebermeister, Dr. C., Vorlesungen über specielle Pathologie und Therapie. III. Bd. Allgemein-Krankheiten. Leipzig 1887. 6 M.

Wehberg, Dr. med. H., Wider den Missbrauch des Alkoholes zumal am Krankenbette. Berlin 1887. 50 pf.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F Straub in München.